

Multi-Tiered   
System of SupportsDOCUMENTATION PACKET



STUDENT INTERVENTION SERVICES

*Office of Elementary Education and Reading*

Revised April 2025

Acknowledgements

Lance Evans, Ed.D. | State Superintendent of Education

Michelle Nowell, Ed.D. | Executive Director, Office of Elementary Education and Reading

Mathis Sheriff | State Director, Office of Intervention Services

Penny Bethany | Dyslexia and Intervention Specialist

Kelli Crain | Assistant State Literacy Coordinator K-3

Sandra Elliott | English Learner and Intervention Specialist

Ginger Koestler | State Director, Office of Special Education

Michelle McClain | Director of Policy and Practice, Office of Special Education

Lyndsey Robinson | Behavior Specialist

Lori Sisk | Gifted Support Service Specialist

Kanequa Willis | State Math Coaching Coordinator (K-5)

**In Collaboration With Mississippi Educators:**

Cathy Anderson | Jefferson Davis County Schools Kelly Huber| George County Schools

Greg Beard | Leake County School District Lequanda Isom | Marshall County School District

Kristy Boone| Jones County School District Catherine Jones | Greenwood-Leflore School District

Jayda Brantley |Rankin County School District LaTesha Mason| McComb School District

Paige Brantley | Neshoba County School District Maliaka S. McNair | Hattiesburg Public School District

Kim Brown | West Jasper School District Carla Murphy | Meridian Public School District

Amy Bynum| Lamar County School District Dr. Emily Patty | Cleveland School District

Delicia Carter | McComb School District Courtney Peltier | Ocean Springs School District

Amberly Chapman | South Panola School District Rachel Powell | Brookhaven School District

Ashley Coleman | Pontotoc County School District Lindsay Quick | Madison County School District

Jenn Cornett |Pearl Public School District Shemekia Rankin| Natchez-Adams School District

LeAnn Culbreth| Quitman School District Dana Reed | Petal School District

Kasey Edwards | Neshoba County School District Kyetta S. Richardson| West Point Consolidated Schools

Emily Eaton| North Tippah School District Michele Rogers| Pass Christian Public School District

Alisa Eldridge| Lee County School District Kimberly Russell | Starkville-Oktibbeha School District

Sarah Ellis| Madison County Schools Nikita Smith | Winona-Montgomery Consolidated School District

Cricket Erickson | Madison County Schools Misty Spencer| Biloxi Public Schools

April Forrester | Lowndes County School District Paula Stokes| Louisville Municipal School District

Gretchen Gegenheimer | Pass Christian Public School Kayla Turner| Starkville-Oktibbeha School District

District

Jennifer Gentile | Pass Christian Public School District Latasha Turner | West Bolivar Consolidated School District

Tanya Graves| Madison County Schools Naomi Walton| Natchez-Adams School District

Penny Green| Greene County School District Jenny Webber | Harrison County School District

**Melanie Hamrick**| Quitman School District **Laurie Weathersby** **|**Rankin County School District

Angela Harris| Smith County School District

TABLE OF CONTENTS

**07** Introduction

**08** List of Appendices

**10** Recommendations for Documentation

**12** 1A, 1B, 1C Student Profile Sheets (Pre-K, K-8, 9-12)

**15** 1D Tier I High-Quality Classroom Observation Form

**16** 2A.1 Intervention Meeting Documentation

**17** 2A.2 Tier II Supplemental Instruction Documentation

**18** 2B Tier II Supplemental Instruction Integrity Checks

**19** 2C Progress Monitoring and Evaluation for Tier II intervention

**20** 3A Teacher Support Team Referral and Meeting

**21** 3B Tier III (Intensive Intervention) Documentation

**22** 3C Tier III (Intensive Intervention) Integrity Checks

**23** 3D Progress Monitoring and Evaluation for Tier III Interventions

**24** 3E Teacher Support Team invitation

**25** 3F Statement of Confidentiality

**26** 3G End of the Year MTSS Information

**27** Appendix A Social/Emotional Worksheet

**28** Appendix B Language Service Plan (*for Students with Limited English Proficiency*)

**33** Appendix C Teacher Checklists and Parent Questionnaire for Dyslexia

**36** Appendix D Sample Parent Notification of Intervention Services (Tier II and Tier III)

**38** Appendix E Individual Reading Plan

**40** Appendix F Good Cause Exemption Documentation form (LPBA)

**43** Appendix G Part 3 Chapter 41: Intervention State Board Policy

1. Translated Components of the Documentation Packet

**45** Appendix H Arabic Translations

**45** 2A.1 Intervention Meeting Documentation (parent signature needed)

**46** 3E Teacher Support Team Meeting Invitation (parent signature needed)

**47** 3F Statement of Confidentiality

**48** 3G End of the Year MTSS Information (may be needed when conferencing with parents)

**49** Appendix A Social/Emotional Worksheet (may be needed when conferencing with parents/guardians)

**50** Appendix B Language Service Plan *for Students with Limited English Proficiency* (parent signature needed)

**55** Appendix C Teacher Checklists and Parent Questionnaire for Dyslexia (parent input needed; checklists may be needed when conferencing with parents/guardians)

**58** Appendix D Sample Notification of Interventions (Tier II and Tier III) (needed to send home to parents/guardians)

**60** Appendix E Individual Reading Plan (parent signature needed)

**62** Appendix F Good Cause Exemption Documentation Form LPBA (parent signature needed)

**65** Appendix I Chinese Translations

**65** 2A.1 Intervention Meeting Documentation (parent signature needed)

**66** 3E Teacher Support Team Meeting Invitation (parent signature needed)

**67** 3F Statement of Confidentiality

**68** 3G End of the Year MTSS Information (may be needed when conferencing with parents)

**69** Appendix A Social/Emotional Worksheet (may be needed when conferencing with parents/guardians)

**70** Appendix B Language Service Plan *for Students with Limited English Proficiency* (parent signature needed)

**75** Appendix C Teacher Checklists and Parent Questionnaire for Dyslexia (parent input needed; checklists may be needed when conferencing with parents/guardians)

**78** Appendix D Sample Notification of Interventions (Tier II and Tier III) (needed to send home to parents/guardians)

**80** Appendix E Individual Reading Plan (parent signature needed)

**82** Appendix F Good Cause Exemption Documentation Form LPBA (parent signature needed)

**85** Appendix J Gujarati Translations

**85** 2A.1 Intervention Meeting Documentation (parent signature needed)

**86** 3E Teacher Support Team Meeting Invitation (parent signature needed)

**87** 3F Statement of Confidentiality

**88** 3G End of the Year MTSS Information (may be needed when conferencing with parents)

**89** Appendix A Social/Emotional Worksheet (may be needed when conferencing with parents/guardians)

**90** Appendix B Language Service Plan *for Students with Limited English Proficiency* (parent signature needed)

**95** Appendix C Teacher Checklists and Parent Questionnaire for Dyslexia (parent input needed; checklists may be needed when conferencing with parents/guardians)

**98** Appendix D Sample Notification of Interventions (Tier II and Tier III) (needed to send home to parents/guardians)

1. Appendix E Individual Reading Plan (parent signature needed)

**102** Appendix F Good Cause Exemption Documentation Form LPBA (parent signature needed)

**105** Appendix K Spanish Translations

**105** 2A.1 Intervention Meeting Documentation (parent signature needed)

**106** 3E Teacher Support Team Meeting Invitation (parent signature needed)

**107** 3F Statement of Confidentiality

**108** 3G End of the Year MTSS Information (may be needed when conferencing with parents)

**109** Appendix A Social/Emotional Worksheet (may be needed when conferencing with parents/guardians)

**110** Appendix B Language Service Plan *for Students with Limited English Proficiency* (parent signature needed)

**115** Appendix C Teacher Checklists and Parent Questionnaire for Dyslexia (parent input needed; checklists may be needed when conferencing with parents/guardians)

**118** Appendix D Sample Notification of Interventions (Tier II and Tier III) (needed to send home to parents/guardians)

1. Appendix E Individual Reading Plan (parent signature needed)

**122** Appendix F Good Cause Exemption Documentation Form LPBA (parent signature needed)

**125** Appendix L Vietnamese Translations

**125** 2A.1 Intervention Meeting Documentation (parent signature needed)

**126** 3E Teacher Support Team Meeting Invitation (parent signature needed)

**127** 3F Statement of Confidentiality

**128** 3G End of the Year MTSS Information (may be needed when conferencing with parents)

**129** Appendix A Social/Emotional Worksheet (may be needed when conferencing with parents/guardians)

**130** Appendix B Language Service Plan *for Students with Limited English Proficiency* (parent signature needed)

**135** Appendix C Teacher Checklists and Parent Questionnaire for Dyslexia (parent input needed; checklists may be needed when conferencing with parents/guardians)

**138** Appendix D Sample Notification of Interventions (Tier II and Tier III) (needed to send home to parents/guardians)

**140** Appendix E Individual Reading Plan (parent signature needed)

**142** Appendix F Good Cause Exemption Documentation Form LPBA (parent signature needed)

The Mississippi Department of Education Office of Intervention Services collaborated with teachers, interventionists, administrators, and counselors to develop the Multi-Tiers System of Supports (MTSS) Documentation Packet to assist districts, schools, and educators with the documentation and implementation of interventions as well as the Literacy-Based Promotion Act (LBPA). The MTSS packet provides the means to reflect on policies and practices at the classroom, school, and district level in order to continually improve student outcomes. The MTSS packet is organized according to the following sections:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 1A, 1B, 1C** | | **PRE-K, K-8, or 9-12 Student Profile** | |
| Provides a means of collecting detailed student information that can be used to determine recommendations for interventions, screenings, assessments and classroom instruction. All students receiving academic and/or behavioral interventions must have a student profile completed and a copy of the cumulative record insert sheet. | | | |
| **SECTION 1D** | **Tier I High-Quality Classroom Observation** | | |
| Includes essential components of Tier I instruction aligned to the Teacher Growth Rubric Teacher Evaluation Domains and Standards. These components should be observed and verified by a school administrator to ensure appropriate classroom instruction, classroom management, and differentiated instruction with the general education core curriculum as well as social/behavioral supports. | | | |
| **SECTION 2A.1, 2A.2, 2B, and 2C** | | | **Tier II (Supplemental Instruction) Documentation** |
| Provides an efficient means of collecting and documenting information regarding classroom instruction, progress monitoring, parent notification, supplemental instruction, integrity checks, and social/behavioral interventions used to support and extend the critical elements of core instruction. **School districts must complete, at a minimum, documentation as required for all students in Tier II.** | | | |
| **SECTION 3A** | **Teacher Support Team (TST) Referral and Meeting** | | |
| Provides an efficient means of documenting requests and recommendations for further supports needed due to the student’s lack of progress, as well as documentation of meetings held and decisions made by the TST. | | | |
| **SECTION 3B, 3C, 3D, 3E, 3F, and 3G** | | | **Tier III (Intensive Intervention) Documentation** |
| Provides an efficient means of collecting and documenting information regarding intensive interventions and progress monitoring for all students who fail to respond adequately to Tier I and Tier II instruction and supports. **School districts must complete, at a minimum, documentation as required for all students in Tier III. All Tier III documentation must accompany the student’s cumulative folder upon promotion or transfer to a new school.** | | | |

Appendices

Additional documents were added as an appendix to the MTSS packet to   
assist with the effective implementation, notification, and documentation of   
intervention services for all students. The appendix is organized according to   
the following sections:

|  |  |
| --- | --- |
| **APPENDIX A** | **Social/Emotional Worksheet** |
| Provides a checklist to aid in collecting information to identify potential deficit areas where Tier II or Tier III intervention may be needed. | |
| **APPENDIX B** | **Language Service Plan (for Students with Limited English Proficiency)** |
| Provides an efficient means of collecting information to determine student’s knowledge and skills in English and then documenting their English language goals and needed accommodations. | |
| **APPENDIX C** | **Dyslexia Checklist for Teachers and Parent Interview** |
| Provides a checklist for elementary, middle and high school teachers, as well as a Parent Reading Information Questionnaire that can be completed to aid in the decision making process of intervention selection. | |
| **APPENDIX D** | **Sample Parent Notification of Intervention Services** |
| Provides a sample letter that can easily be adapted by districts to inform parents of the intervention process, progress monitoring results, and decisions relevant to their individual child. | |
| **APPENDIX E** | **Individual Reading Plan** |
| Provides a template for documenting the LBPA requirements pertaining to the identification of a reading deficiency, intensive reading instruction, and intervention. | |
| **APPENDIX F** | **Good Cause Exemption Documentation (LBPA)** |
| Provides a template with the required documentation of parent notification regarding deficiency, date Read-at-Home Plan was shared, qualifying determination of good cause, adherence to process, and final decision of superintendent. | |
| **APPENDIX G** | **Part 3 Chapter 41: Intervention** |
| Details the instructional model that the Mississippi Department of Education requires  districts to follow, which consists of three (3) tiers of instruction. | |

Translated Resources

The following appendices provide translated copies of documentation packet forms, letters and information that may be needed for parents/guardians to sign or for use when conferencing with parents/guardians.

|  |  |
| --- | --- |
| **APPENDIX H** | **Arabic Translations of MTSS Documentation Packet** |

|  |  |
| --- | --- |
| **APPENDIX I** | **Chinese Translations of MTSS Documentation Packet** |

|  |  |
| --- | --- |
| **APPENDIX J** | **Gujarati Translations of MTSS Documentation Packet** |

|  |  |
| --- | --- |
| **APPENDIX K** | **Spanish Translations of MTSS Documentation Packet** |

|  |  |
| --- | --- |
| **APPENDIX L** | **Vietnamese Translations of MTSS Documentation Packet** |

**APPENDIX G**

**APPENDIX G**

Recommendations for Documentation

The chart below provides **recommended guidance** for selecting the appropriate forms needed to document the essential components of a Multi-Tiered System   
of Supports.

|  |  |
| --- | --- |
| **STUDENTS IN GENERAL** **EDUCATION:** **TIER II** | |
| **Required Components** | **Recommended Data Collector** |
| 1. Section 1A, 1B, 1C 2. Section 1D, 2B 3. Section 2A.1, 2A.2, 2C 4. Appendix A 5. Appendix B 6. Appendix D | 1. Classroom Teacher/Counselor 2. School Administrator 3. Classroom Teacher/Interventionist/MTSS Coordinator 4. Classroom Teacher/Interventionist   **\* NOTE:** Complete social emotional checklist if behavior is identified as a deficit area including Antecedent Behavior Consequence (ABC) data.   1. English Learner Teacher 2. Classroom Teacher/Interventionist |

|  |  |
| --- | --- |
| **STUDENTS IN GENERAL** **EDUCATION:** **TIER III**  **Tier III** | |
| **Required Components** | **Recommended Data Collector** |
| 1. Section 1A, 1B, or 1C 2. Section 1D, 2B, 3C 3. Section 2A.1, 2A.2, 2C 4. Section 3A 5. Section 3B, 3D, 3E, 3F, 3G 6. Appendix A 7. Appendix B 8. Appendix D 9. Appendix E 10. Appendix F | 1. Classroom Teacher/Counselor 2. School Administrator 3. Classroom Teacher/Interventionist/MTSS Coordinator 4. Classroom Teacher/Interventionist 5. Classroom Teacher/Interventionist/MTSS Coordinator 6. Counselor/Interventionist   **\* NOTE:** Complete social emotional checklist if behavior is identified as deficit area including the Functional Behavioral Assessment (FBA), Behavior Intervention Plan (BIP) and/or a Safety Plan.   1. English Learner Teacher 2. Classroom Teacher/Interventionist/MTSS Coordinator 3. Classroom Teacher/Teacher Support Team/IEP Team/MTSS Coordinator   **\* NOTE:** Applies to students in K-3 with a reading deficiency and students in grade 4 who are promoted with a Good Cause Exemption.   1. Classroom Teacher/Interventionist/MTSS Coordinator   **\* NOTE:** Complete only if 3rd grade student applying for Good Cause Exemption. |

|  |  |
| --- | --- |
| **STUDENTS IN SPECIAL** **EDUCATION:** **INTENSIVE INTERVENTIONS** | |
| **Required Components** | **Recommended Data Collector** |
| 1. Section 1A, 1B, or 1C 2. Section 1D, 2B, 3C 3. Section 3B, 3D, 3E, 3F, 3G 4. Appendix D 5. Appendix E 6. Appendix F | 1. Classroom Teacher/Counselor 2. School Administrator 3. Classroom Teacher/Teacher Support Team/IEP Team/MTSS Coordinator   **\* NOTE:** Include IEP section Template   1. Classroom Teacher/ Teacher Support Team/IEP Team/MTSS Coordinator 2. Classroom Teacher/Teacher Support Team/IEP Team/MTSS Coordinator 3. Classroom Teacher/Teacher Support Team/IEP Team/MTSS Coordinator   **\* NOTE:** Complete only if 3rd grade student applying for Good Cause Exemption. |

|  |  |
| --- | --- |
| **STUDENTS WITH DYSLEXIA** | |
| **Required Components** | **Recommended Data Collector** |
| 1. Section 1A, 1B, or 1C 2. Section 1D, 2B, 3C 3. Section 2A.1, 2A.2, 2C 4. Section 3A 5. Section 3B, 3D, 3E, 3F, 3G 6. Appendix C 7. Appendix E 8. Appendix F | 1. Classroom Teacher/Counselor 2. School Administrator 3. Classroom Teacher/Interventionist/MTSS Coordinator 4. Classroom Teacher/Interventionist 5. Classroom Teacher/Teacher Support Team/MTSS Coordinator 6. Teacher and Parent 7. Classroom Teacher/Teacher Support Team/MTSS Coordinator   **\* NOTE:** Applies to students in K-4 with a reading deficiency.   1. Classroom Teacher/Interventionist/MTSS Coordinator   **\* NOTE:** Complete only if 3rd grade student applying for Good Cause Exemption. |

|  |  |
| --- | --- |
| **ENGLISH LEARNER**  **Learners (ELL)** | |
| **Required Components** | **Recommended Data Collector** |
| 1. Section 1A, 1B, or 1C 2. Section 1D 3. Appendix B 4. Appendix E 5. Appendix F | 1. Classroom Teacher/Counselor 2. School Administrator 3. EL Teacher 4. Classroom Teacher/Teacher Support Team/MTSS Coordinator 5. Classroom Teacher/Interventionist/MTSS Coordinator 6. **\*NOTE:** Complete only if 3rd grade student applying for Good Cause Exemption.   Note: If English Learner (EL) students are in the Tier process it is recommended that Tier II and Tier III documentation is utilized as outlined for “Students in General Education. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 1A** | **PRE-K STUDENT PROFILE** | | | | | | |
| **STUDENT NAME:** | | | **CURRENT GRADE:** | | **DATE:** | | |
| MSIS Number/ID: | | | Date of Birth: | | Gender: | | Race: |
| Teacher: | | School/Site: | | | District: | | |
| Parent/Guardian Name: | | | | Phone: | | Email: | |
| Street Address: | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COLLEGE AND CAREER READINESS  ANCHOR STANDARDS PERFORMANCE** |  | **BEHAVIOR** |
| Indicate the total number of performance standards that were indicated as code 1 (needs development) in each domain on the *The Mississippi Early Learning Standards for Classrooms Serving Four-Year-Old Children:* *An Observational and Performance-Based Checklist.* [*Development Checklist for Four-Year-Old Students*](https://mdek12.org/sites/default/files/4-year-old_developmental_checklist.docx)   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Academic Area** | **Fall** | **Winter** | **Spring** | | Approaches to Learning |  |  |  | | Social/Emotional |  |  |  | | English Language Arts |  |  |  | | Mathematics |  |  |  | | Science |  |  |  | | Social Studies |  |  |  | | Physical Development |  |  |  | | The Arts |  |  |  | |  | Check if documentation is applicable and available.  Social Emotional Issues **(Appendix A)**  Discipline Record  Total Number of Discipline Reports:  Total Number of Classroom Removals:  Parent Conference(s) Date(s):  Additional behaviors that may impact performance: |
|  |
| **ATTENDANCE** |  | **SPECIAL POPULATION** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **CURRENT SCHOOL YEAR** | **DAYS ABSENT** | **DAYS PRESENT** | |  |  |  | | **PREVIOUS SCHOOL YEARS** | **DAYS ABSENT** | **DAYS PRESENT** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | Check if applicable to student.  Special Education/IEP  Initial Eligibility Date:  Eligibility Category:  504  EL **(Appendix B)**  Other: |
| |  |  | | --- | --- | | List last 3 schools attended and dates. | | |  |  | |  |  | |  |  | |  | **SCREENER(S)** |
|  | Indicate the name of each screener used in the classroom and the screener’s recommended cut score. Indicate the date of the screener and the student’s score.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **SCREENER NAME** | |  | | | | | **RECOMME****NDED CUT SCORE** | | | |  | | | Date |  | |  | |  | | Score |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **SCREENER NAME** | |  | | | | | **RECOMMENDED CUT SCORE** | | | |  | | | Date |  | |  | |  | | Score |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **SCREENER NAME** | |  | | | | | **RECOMMENDED CUT SCORE** | | | |  | | | Date |  | |  | |  | | Score |  | |  | |  | |
| **KINDERGARTEN READINESS ASSESSMENT SCORES** |
| Fill in the chart below based on student scores on the MKAS2 Assessment. Recommended Score: 498   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **SCORE** | **DATE (MM/DD/YYYY)** | | Fall |  |  | | Spring |  |  | |
| **HEARING AND VISION SCREENER** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **HEARING** | | **VISION** | | | Date |  | Date |  | | Pass/Fail |  | Pass/Fail |  | |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 1B** | **K-8 STUDENT PROFILE** | | | | | | |
| **STUDENT NAME:** | | | **CURRENT GRADE:** | | **DATE:** | | |
| MSIS Number/ID: | | | Date of Birth: | | Gender: | | Race: |
| Teacher: | | School/Site: | | | District: | | |
| Parent/Guardian Name: | | | | Phone: | | Email: | |
| Street Address: | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COURSE PERFORMANCE** | | | | **BEHAVIOR** | | |
| Indicate recent term grades in the table below.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Academic Area** | **T1** | **T2** | **T3** | **T4** | **Final** | | Reading |  |  |  |  |  | | Mathematics |  |  |  |  |  | | Science |  |  |  |  |  | | Social Studies |  |  |  |  |  | | Language Arts |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | | | | Check if documentation is applicable and available.  Social Emotional Issues **(Appendix A)**  Discipline Record  Total Number of Discipline Reports:  Total Number of Suspensions:  In School:        Out of School:  Parent Conference(s) Date(s):  Additional behaviors that may impact performance: | | |
| **ATTENDANCE** | | | **GRADE RETENTION** | | | **SPECIAL POPULATION** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **CURRENT SCHOOL YEAR** | **DAYS ABSENT** | | **DAYS PRESENT** | |  |  | |  | | **PREVIOUS SCHOOL YEARS** | **DAYS ABSENT** | | **DAYS PRESENT** | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | | List last 3 schools attended and dates. | | | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | If applicable, indicate grade(s) and school year(s) below.   |  |  | | --- | --- | | **GRADE** | **SCHOOL YEAR** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | | | Check if applicable to student.  Special Education/IEP  Initial Eligibility Date:  Eligibility Category:  504  EL **(Appendix B)**  Other: |
| **LITERACY-BASED PROMOTION ACT** | | **DYSLEXIA SCREENER** | | | **UNIVERSAL SCREENER** | |
| Complete this section only if the student completed 3rd grade after implementation of Literacy-Based Promotion Act (2014-2015).   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ATTEMPTS** | **DATE** | **SCORE** | | First Attempt |  |  | | First Retest |  |  | | Second Retest |  |  |   (If the student fails all three attempts, reference **Appendix F** to see of student qualifies for Good Cause Exemptions.) | | |  |  | | --- | --- | | **K (SPRING)** | | | Date |  | | Pass/Fail |  | | **1st GRADE (FALL)** | | | Date |  | | Pass/Fail |  | | | | Indicate score and screener used for each.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **Fall** | **Winter** | **Spring** | | **READING:** |  |  |  | | **MATH:** |  |  |  | | **BEHAVIOR:** |  |  |  |   If additional district screener(s) were used, please attach student score reports. | |
| **K-READINESS ASSESSMENT** | **HEARING AND VISION** | | | | **STATE ASSESSMENT** | |
| |  |  | | --- | --- | | **RECOMMENDED SCALE** **SCORE** | **STUDENT SCALE SCORE** | | **Fall: 530** |  | | **Spring: 681** |  | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **HEARING** | | **VISION** | | | Date |  | Date |  | | Pass/Fail |  | Pass/Fail |  | | | | | Attach previous years’ state assessment score reports for review by the TST. | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 1C** | **9-12 STUDENT PROFILE** | | | | | | |
| **STUDENT NAME:** | | | **CURRENT GRADE:** | | **DATE:** | | |
| MSIS Number/ID: | | | Date of Birth: | | Gender: | | Race: |
| Teacher: | | School/Site: | | | District: | | |
| Parent/Guardian Name: | | | | Phone: | | Email: | |
| Street Address: | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COURSE PERFORMANCE** | | | **BEHAVIOR** | | |
| Indicate recent term grades in the table below.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Academic Area** | **T1** | **T2** | **T3** | **T4** | **Final** | | Reading |  |  |  |  |  | | Mathematics |  |  |  |  |  | | Science |  |  |  |  |  | | Social Studies |  |  |  |  |  | | Language Arts |  |  |  |  |  |   Indicate recent SATP course grades.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Academic Area** | **T1** | **T2** | **T3** | **T4** | **Final** | | Algebra I |  |  |  |  |  | | English II |  |  |  |  |  | | Biology |  |  |  |  |  | | U.S. History |  |  |  |  |  | | | | Check if documentation is applicable and available.  Social Emotional Issues **(Appendix A)**  Discipline Record  Total Number of Discipline Reports:  Total Number of Suspensions:  In School:        Out of School:  Parent Conference(s) Date(s):  Additional behaviors that may impact performance: | | |
| **ATTENDANCE** | | **GRADE RETENTION** | | | **SPECIAL POPULATION** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **CURRENT SCHOOL YEAR** | **DAYS ABSENT** | **DAYS PRESENT** | |  |  |  | | **PREVIOUS SCHOOL YEARS** | **DAYS ABSENT** | **DAYS PRESENT** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | | If applicable, indicate grade(s) and school year(s) below.   |  |  | | --- | --- | | **GRADE** | **SCHOOL YEAR** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | | | Check if applicable to student.  Special Education/IEP  Initial Eligibility Date:  Eligibility Category:  504  EL **(Appendix B)**  Other: |
| **REPEATED COURSEWORK** | | | | **REQUIRED ASSESSMENTS** | |
| Indicate course name, school year and final grade for failed courses. Indicate course recovery method (summer school, credit recovery, etc.) and the school year and final grade for the course.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **COURSE** | **SCHOOL YEAR** | **FINAL GRADE** | **METHOD OF RECOVERY** | **SCHOOL YEAR** | **FINAL GRADE** | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | | | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ALGEBRA I** | | | | | Date |  | Pass/Fail |  | | Retest Date |  | Pass/Fail |  | | **ENGLISH II** | | | | | Date |  | Pass/Fail |  | | Retest Date |  | Pass/Fail |  | | **BIOLOGY** | | | | | Date |  | Pass/Fail |  | | Retest Date |  | Pass/Fail |  | | **U.S. HISTORY** | | | | | Date |  | Pass/Fail |  | | Retest Date |  | Pass/Fail |  | | **WORK KEYS** | | | | | Date |  | Level |  | | |
| **DIPLOMA OPTIONS** | **HEARING AND VISION** | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Traditional | Alternate | | | **TRADITIONAL DIPLOMA ENDORSEMENTS** | | | | Career & Technical | | Academic | | Distinguished Academic | | | | Projected Graduation Date | | | | |  |  | | --- | --- | | **HEARING** | | | Date |  | | Pass/Fail |  | | **VISION** | | | Date |  | | Pass/Fail |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Section 1D** | **TIER I HIGH-QUALITY CLASSROOM OBSERVATION FORM** (Aligned with the [Teacher Growth Rubric](https://www.mdek12.org/OEE/Teacher).) | | | | | |
| *Instructions:* Prior to students entering Tier II, **SCHOOL ADMINISTRATORS** should complete this form by placing a check mark only in the boxes by the traits that are observed. It is recommended that this form be completed prior to Tier II. This form may be reproduced as needed. | | | | | | |
| Teacher Name: | | | | Grade/Subject: | | |
| Observed By: | | | | Date of Observation: | | |
|  | | | | | | |
| **CLASSROOM INSTRUCTION** | | | **DIFFERENTIATED INSTRUCTION** | | **CLASSROOM MANAGEMENT** | |
| Students actively engaged in learning. **Domain 3, Standard 5**  Content is at instructional level.  **Domain 2, Standard 4**  Students answering questions correctly.  **Domain 2, Standard 3**  Students ask questions. **Domain 3, Standard 5**  Teacher communicates expectations of lesson. **Domain 2, Standard 3**  Teacher questioning measures students' understanding of the prerequisite concepts. **Domain 2, Standard 4**  Teacher questioning measures students' understanding of new concepts. **Domain 2, Standard 3**  Teacher encourages students to think critically concerning previous concepts and new concepts. **Domain 2, Standard 3**  Teacher reviews prerequisite knowledge needed for the lesson in order to effectively build student understanding. **Domain 1, Standard 2** | | | Teacher uses activities to support instruction (i.e., advanced organizer, intro to lesson, or closure). **Domain 3, Standard 10**  Teacher aligns tasks to learning goals. **Domain 1, Standard 1**  Teacher engagement with students varies as the needs of the students differ. **Domain 1, Standard 2**  Teacher provides guided practice and modeling in learning new concepts. **Domain 2, Standard 4**  Teacher uses a variety of techniques to support students in making meaning of content. **Domain 2, Standard 4**  Teacher groups students to work on instructional component. **Domain 3, Standard 5**  Teacher provides prompt feedback to students concerning performance.  **Domain 2, Standard 3**  Teacher assists students in preparation for assignments, long-range projects, and tests. **Domain 2, Standard 3** | | Use of smooth transitions: providing transition activities for students**. Domain 3,  Standard 6**  Procedures and rules are clearly communicated in the classroom. **Domain 3, Standard 6**  Teacher actively supervises student behavior by scanning, moving around room, and interacting with students. **Domain 3, Standard 5 and Domain 3, Standard 6**  Teacher encourages students to take ownership for actions and fosters respect among all students. **Domain 3, Standard 5 and Domain 3 Standard 7** | |
| **OBSERVATION SUMMARY** | | *Instructions:* **SCHOOL ADMINISTRATORS**, check the appropriate box below and identify recommendations if needed. | | | | |
| Teacher demonstrated traits of high-quality classroom instruction.  Teacher demonstrated some traits of high-quality classroom instruction, and should implement the following recommendation(s) to enhance Tier I Instruction: | | | | | | |
| **DESCRIPTION OF RECOMMENDATION(S):** | | | | | | **DATE TO BEGIN  RECOMMENDATION(S):** |
|  | | | | | |  |
| **DATE TO EVALUATE RECOMMENDATION(S):** |
|  |
| **DATE OF REVALUATION:** |
| Demonstrated  Did not demonstrate |

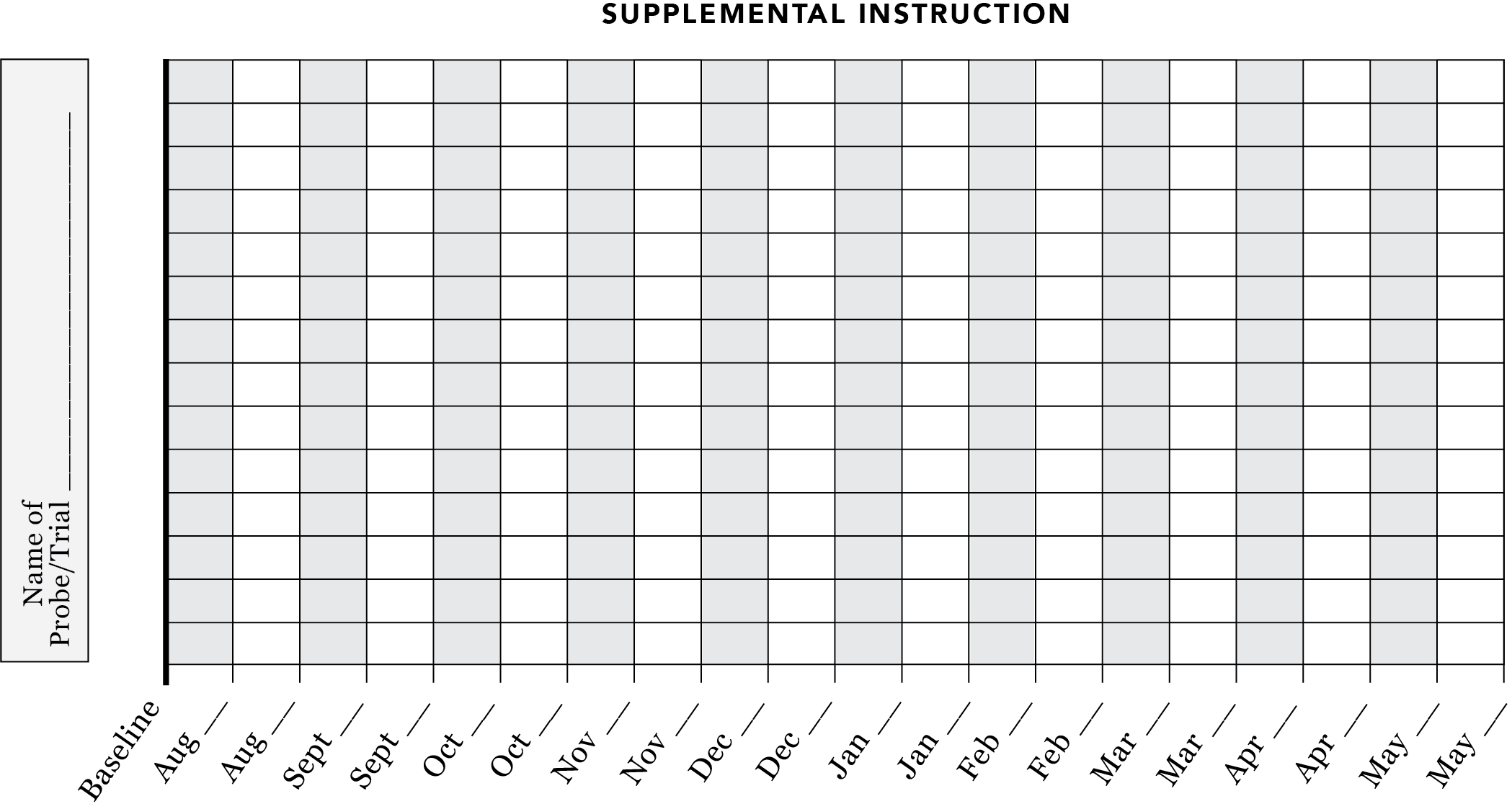
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 2A.1** | **INTERVENTION MEETING DOCUMENTATION** | | | | | | | |
| *Instructions:* **TEACHERS,** complete this form if classroom data, universal screener data, and other available information does not show adequate student progress and further support is needed. Attach completed **Section 1A, 1B, or 1C; 1D.** | | | | | | | | |
| **TO:** **TEACHER SUPPORT TEAM CHAIR** | | | | | | | | |
| I request that the available data for (student name) be reviewed to assist in providing interventions to improve his/her overall performance. I have observed problems that interfere with his/her educational progress in the following area(s):  Academic performance, low or failing grades  Behavior and/or discipline  Other, specify: | |  | | Tier One Supports Provided to Student: | | | | |
|  | |
| Teacher: | | Parent: | | | | Date of Meeting: | Date of Intervention Implementation: | |
|  | |  | | | |  | (must be within 2 weeks) | |
|  | | | | | | | | |
| **SUMMARY OF DISCUSSION (continue on back if needed):** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **SIGNATURE OF ATTENDEES PRESENT** | | | **TITLE** | | **SIGNATURE OF ATTENDEES PRESENT** | | | **TITLE** |
|  | | | Administrator | |  | | | Parent |
|  | | | Interventionist | |  | | | Counselor |
|  | | | Teacher | |  | | | Other |
| **RECOMMENDED NEXT STEPS** | | | | | | | | |
| Contact parents  Implement academic Tier II intervention in area(s) needed:  Reading  Math  Language Arts  Other  Implement behavior Tier II intervention  Conduct student conference  Perform behavior observation (ABC Data)  Intervention(s) not successful  Modify current behavior interventions and continue intervention(s) in Tier II  Other: | | | | | Return to Tier I general education classroom  Continue instructional intervention(s) in General Education Classroom (Tier II)  Administer developmental screener (5 yr. old, in-school)  Administer hearing/vision screening  Request medical follow-up  Refer to school counselor  Refer to community agency  Complete Teacher Narrative Packet  Refer for Teacher Support Team | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 2A.2** | **TIER II (SUPPLEMENTAL INSTRUCTION) DOCUMENTATION** | | | | | | | | | |
| *Instructions:* **TEACHERS** should complete this form for each student that did not respond to high quality Tier I core instruction.  For students receiving more than one intervention in multiple academic or behavioral areas, teachers can duplicate this form.  Visit <https://mdek12.org/OAE/OEER/InterventionServices> for additional resources. | | | | | | | | | | |
| **DETAILS OF INTERVENTION** | | | |  | | **DATE** | | | |  |
| Student Name: | | | Describe supplemental and/or small  group strategies utilized – should be evidence-based: | | | | | | Provide specific evaluation criteria, in *measurable* terms, utilized to determine effectiveness and monitor progress: | |
|  | | |
| Describe target deficit area of intervention(s) – identify if academic and/or behavioral  and explain: | | |  | | | | | |  | |
|  | | |
| **INTERVENTION  START DATE** | | **FREQUENCY OF  INTERVENTION PER WEEK** | | | **NUMBER OF MINUTES PER SESSION** | | | | **FREQUENCY OF PROGRESS MONITORING** **(Section 2C):** | |
|  | | **DAYS** | | | **MINUTES** | | | | **MDE RECOMMENDATION:** 2x per month | |
| Name(s) and role(s) of individual(s) responsible for delivering intervention(s): | | | | | | | Based on progress monitoring data **(Section 2C)** student progress will be cumulatively reviewed on: | | | |
|  | | | | | | | **MDE POLICY**: no later than 8 weeks after start date | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **PARENTAL NOTIFICATION** (For parent letter template, see **Appendix D**) | | | | | | | | | | |
| Parent(s) notified of Tier II intervention (select one):  Yes  No | | | | | | | | Date Notified: | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 2B** | **TIER II (SUPPLEMENTAL INSTRUCTION) INTEGRITY CHECKS** | | | | |
| *Instructions:* **SCHOOL ADMINISTRATORS**, check the box next to each trait of quality implementation demonstrated during Tier II intervention observation. Complete **at least two (2) integrity checks** at equal intervals during course of intervention. | | | | | |
| **INTEGRITY CHECK #1** | | Date: |  | **INTEGRITY CHECK #2** | Date: |
| The intervention is described in specific, measurable terms that can be progress monitored and evaluated.  **(See Section 2A.2)**  The intervention is being delivered in a manner which  is consistent with the intervention details as  described above.  The intervention seems appropriate for the needs of  this student.  The individual(s) responsible for delivering intervention has the materials and support he/she needs.  The student’s attendance has not been a significant factor in hindering his/her progress.  The parent/guardian(s) of student received notification of the intervention plan. | | |  | The intervention is described in specific, measurable terms that can be progress monitored and evaluated. **(See Section 2A.2)**  The intervention is being delivered in a manner which is consistent with the intervention details as  described above.  The intervention seems appropriate for the needs of this student.  The individual(s) responsible for delivering intervention has the materials and support he/she needs.  The student’s attendance has not been a significant factor in hindering his/her progress.  The parent/guardian(s) of student received notification of the intervention plan. | |
| **COMMENTS:** | | | **COMMENTS:** | |
| Signature and title of person completing integrity check: | | |  | Signature and title of person completing integrity check: | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INTEGRITY CHECK #3** | Date: |  | **INTEGRITY CHECK #4** | Date: |
| The intervention is described in specific, measurable terms that can be progress monitored and evaluated. **(See Section 2A.2)**  The intervention is being delivered in a manner which  is consistent with the intervention details as  described above.  The intervention seems appropriate for the needs of  this student.  The individual(s) responsible for delivering intervention has the materials and support he/she needs.  The student’s attendance has not been a significant factor in hindering his/her progress.  The parent/guardian(s) of student received notification of the intervention plan. | |  | The intervention is described in specific, measurable terms that can be progress monitored and evaluated. **(See Section 2A.2)**  The intervention is being delivered in a manner which is consistent with the intervention details as  described above.  The intervention seems appropriate for the needs of this student.  The individual(s) responsible for delivering intervention has the materials and support he/she needs.  The student’s attendance has not been a significant factor in hindering his/her progress.  The parent/guardian(s) of student received notification of the intervention plan. | |
| **COMMENTS:** | | **COMMENTS:** | |
| Signature and title of person completing integrity check: | |  | Signature and title of person completing integrity check: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 2C** | **PROGRESS MONITORING AND EVALUATION FOR TIER II INTERVENTIONS** |
| *Instructions:* **INDIVIDUALS RESPONSIBLE FOR DELIVERING INTERVENTIONS** should complete progress monitoring using the graph below or a report generated by your district intervention program. It is recommended that the teacher establish a baseline by administering three (3) probes or trials, selecting the median, and marking the baseline by placing a dot on the vertical axis. Teachers should determine the goal by determining the expected rate of progress and marking the target by placing a dot at the intersections. On the bolded line above each month, indicate the first result recorded that month; on the line to the right, indicate the second result of that month. | |



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTED REVIEWS FOR TIER II** | | | | | | | | | |
| **MDE RECOMMENDS** two (2) Tier II documented reviews, with the first documented review conducted no later than four (4) weeks after implementation and the cumulative documented review no later than eight (8) weeks after implementation. | | | | | | | | | |
| *Instructions:* Use the graph above and documented review boxes below to record the effectiveness of the intervention(s) and to determine the next steps of this student’s intervention based on his/her progress. | | | | | | | | | |
| **FIRST DOCUMENTED REVIEW** | | | Date: | | | Sufficient progress made? (select one) | | | Yes  No |
| To be completed no later than 4 weeks after starting intervention. | | | | | | (If no, an additional intervention form should be completed.) | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **CUMULATIVE DOCUMENTED REVIEW** | | | | | Date: | Sufficient progress made? (select one) | | | Yes  No |
| To be completed no later than 8 weeks after starting intervention. | | | | | | (check one of the boxes below for final decision) | | | |
| Adequate progress **WAS** made; intervention was successful in meeting student’s needs. This student will be returned to Tier 1 (core instruction). | Progress **WAS** made; intervention was somewhat successful in meeting student’s needs. Intervention will continue and be re-evaluated on:      . | | | Adequate progress **WAS NOT** made; intervention was somewhat successful in meeting student’s needs. Student will continue at Tier II and an additional intervention will be attempted. *(Complete an additional* ***Section 2A & 2C*** *- Tier II documentation form).* | | | Adequate progress **WAS NOT** made; intervention did not meet student’s needs. Student will be referred to Teacher Support Team (TST) for Tier III consideration.  *(Complete* ***Section 3A*** *- TST Referral and Meeting form and attach documentation.)* | Other: | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Classroom Teacher Signature | | \_\_\_\_  Date | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  School Administrator Signature | | | | | \_\_\_\_\_\_  Date |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 3A** | **TEACHER SUPPORT TEAM REFERRAL AND MEETING** | | | | | | |
| *Instructions:* **TEACHERS,** complete this form if progress monitoring data does not show adequate student progress  and further support is needed. Attach completed **Section 1A, 1B, or 1C; 1D, 2A.1, 2A.2,, 2B, and 2C**. | | | | | | | |
| **TST REFERRAL MSIS 20-DAY STUDENTS** | | | | | | | |
| I request that (student name) be reviewed by the TST to assist in providing interventions to improve his/her overall performance. I have observed problems that interfere with his/her educational progress in the following area(s):  Academic performance, low or failing grades  Behavior and/or discipline  Other, specify: | | **OR** | Referral of the student is made based upon Mississippi State Board Policy Part 3 Chapter 41, Rule 41.1: Intervention. These referrals must be made within the first 20 school days of a school year if the child failed the preceding year. Please indicate below:  Grades K–3: Student has failed one grade. Grades 4–12: Student has failed two grades.  A student failed either of the preceding two grades and has been suspended or expelled for more than 20 days in the current school year.  A student scored at the “lowest level” on any part of the grade 3  or grade 7 statewide accountability assessment.  A student is promoted from Grade 3 to Grade 4 under a good  cause exemption of the Literacy-Based Promotion Act. (Attach **Appendix F.**) | | | | |
|  |
| Teacher/Individual submitting referral: | | TST Chair acknowledging receipt: | | | Date of receipt of referral: | Date of Initial TST Meeting to discuss referral: | |
|  | |  | | |  | (must be within 2 weeks) | |
|  | | | | | | | |
| **REFERRAL MEETING DETAILS** | | | | | | | |
| TST members present agree that all information discussed pertaining to the TST process will be held in strict confidence. They shall neither contact anyone outside the official function of this TST process nor make any notes or copies of any documents utilized during the process. | | | | | | | |
| **SUMMARY OF DISCUSSION (continue on back if needed):** | | | | **SIGNATURE OF TST MEMBERS PRESENT** | | | **TITLE** |
|  | | | |  | | | Administrator |
|  | | | Interventionist |
|  | | | Teacher |
|  | | | Counselor |
|  | | | Parent |
|  | | | Other |
| **TST RECOMMENDATIONS** | | | | | | | |
| Contact parents  Implement academic Tier III intervention in area(s) needed:  Reading  Math  Language Arts  Other  Implement behavior Tier III intervention  Conduct student conference  Perform behavior observation (ABC Data)  Intervention(s) not successful  Complete FBA and BIP  Other: | | | | Return to Tier I general education classroom  Continue instructional intervention(s) in General Education Classroom (Tier II)  Administer developmental screener (5 yr. old, in-school)  Administer hearing/vision screening  Request medical follow-up  Refer to school counselor  Refer to community agency  Complete Teacher Narrative Packet  Refer for Child Study | | | |

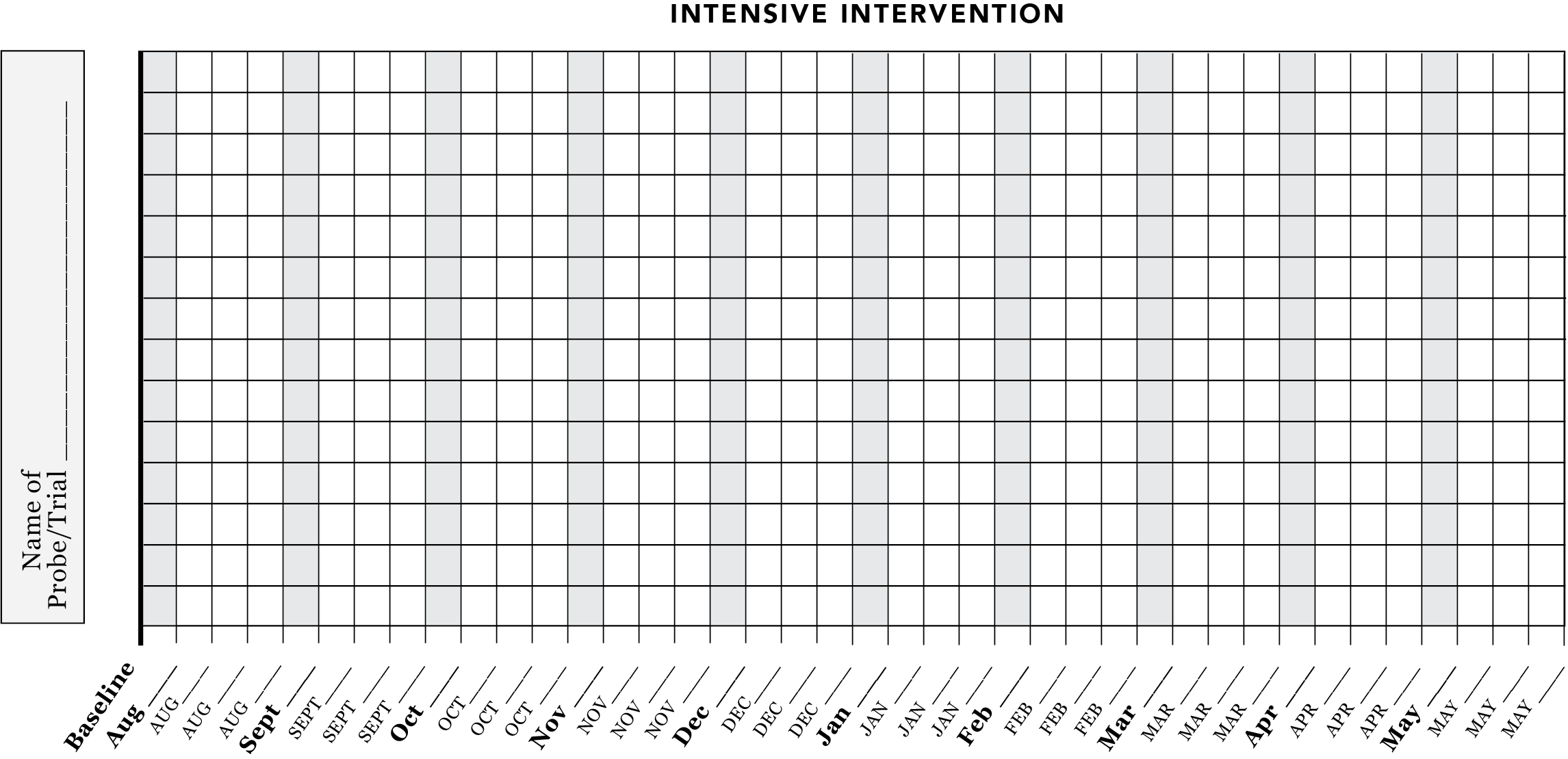
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 3B** | **TIER III (INTENSIVE INTERVENTION) DOCUMENTATION** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| *Instructions:* **TST MEMBERS, CLASSROOM TEACHERS, AND INTERVENTIONISTS** should work together to complete  this form for each student that did not respond to Tier I or Tier II interventions, for 4th grade students requiring Intensive Intervention after a Good Cause Exemption promotion, for Intensive Reading Interventions for Special Education students (K-4), or English Learners (ELs). Visit <https://mdek12.org/OAE/OEER/InterventionServices> for additional resources. | | | | | | | | |
| **DETAILS OF INTERVENTION** | | | |  | | | | |
| Student Name: | | | Describe intensive intervention strategies utilized – should be evidence-based: | | | | | Provide specific evaluation criteria, in *measurable* terms, utilized to determine effectiveness and monitor progress: |
|  | | |
| Describe target deficit area of intervention(s) – identify if academic and/or behavioral  and explain: | | |  | | | | |  |
|  | | |
| **INTERVENTION  START DATE** | | **FREQUENCY OF  INTERVENTION PER WEEK** | | | **NUMBER OF MINUTES PER SESSION** | | | **FREQUENCY OF PROGRESS MONITORING** **(Section 3D)** |
|  | | **DAYS** | | | **MINUTES** | | | **MDE RECOMMENDATION:** weekly |
| Name(s) and role(s) of individual(s) responsible for delivering intervention(s): | | | | | | Based on progress monitoring data (**Section 3D**), student progress will be cumulatively reviewed on: | | |
|  | | | | | | **MDE POLICY**: no later than 16 weeks after start date | | |
|  | | | | | | | | |
| **PARENTAL NOTIFICATION** (For parent letter template, see **Appendix D**) | | | | | | | | |
| Parent(s) notified of Tier III intervention (select one):  Yes  No | | | | | | | Date Notified: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 3C** | **TIER III (INTENSIVE INTERVENTION) INTEGRITY CHECKS** |
| *Instructions:* **SCHOOL ADMINISTRATORS**, check the box next to each trait of quality implementation demonstrated during  Tier III intervention observation. Complete **at least two (2) integrity checks** at equal intervals during course of intervention. | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INTEGRITY CHECK #1** | Date: |  | **INTEGRITY CHECK #2** | Date: |
| The intervention is described in specific, measurable terms that can be progress monitored and evaluated. **(See Section 3B.)**  The intervention is being delivered in a manner which  is consistent with the intervention details as  described above.  The intervention seems appropriate for the needs of  this student.  The individual(s) responsible for delivering intervention has the materials and support he/she needs.  The student’s attendance has not been a significant factor in hindering his/her progress.  The parent/guardian(s) of student received notification of the intervention plan. | |  | The intervention is described in specific, measurable terms that can be progress monitored and evaluated. **(See Section 3B.)**  The intervention is being delivered in a manner which is consistent with the intervention details as  described above.  The intervention seems appropriate for the needs of this student.  The individual(s) responsible for delivering intervention has the materials and support he/she needs.  The student’s attendance has not been a significant factor in hindering his/her progress.  The parent/guardian(s) of student received notification of the intervention plan. | |
| **COMMENTS:** | | **COMMENTS:** | |
| Signature and title of person completing integrity check: | |  | Signature and title of person completing integrity check: | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INTEGRITY CHECK #3** | Date: |  | **INTEGRITY CHECK #4** | Date: |
| The intervention is described in specific, measurable terms that can be progress monitored and evaluated. **(See Section 3B.)**  The intervention is being delivered in a manner which  is consistent with the intervention details as  described above.  The intervention seems appropriate for the needs of  this student.  The individual(s) responsible for delivering intervention has the materials and support he/she needs.  The student’s attendance has not been a significant factor in hindering his/her progress.  The parent/guardian(s) of student received notification of the intervention plan. | |  | The intervention is described in specific, measurable terms that can be progress monitored and evaluated. **(See Section 3B.)**  The intervention is being delivered in a manner which is consistent with the intervention details as  described above.  The intervention seems appropriate for the needs of this student.  The individual(s) responsible for delivering intervention has the materials and support he/she needs.  The student’s attendance has not been a significant factor in hindering his/her progress.  The parent/guardian(s) of student received notification of the intervention plan. | |
| **COMMENTS:** | | **COMMENTS:** | |
| Signature and title of person completing integrity check: | |  | Signature and title of person completing integrity check: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 3D** | **PROGRESS MONITORING AND EVALUATION FOR TIER III INTERVENTIONS** |
| *Instructions:* **INDIVIDUALS RESPONSIBLE FOR DELIVERING INTERVENTIONS** should complete progress monitoring using the graph below or a report generated by your district intervention program. It is recommended that the teacher establish a baseline by administering three (3) probes or trials, selecting the median, and marking the baseline by placing a dot on the vertical axis. Teachers should determine the goal by determining the expected rate of progress and marking the target by placing a dot at the intersections. On the bolded line above each month, indicate the first result recorded that month; on the line to the right, indicate the second result of that month. | |



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTED REVIEWS FOR TIER III** | | | | | | | | | | | | |
| **MDE RECOMMENDS** two (2) Tier III documented reviews, with the first documented review conducted no later than eight (8) weeks after implementation and the cumulative documented review no later than sixteen (16) weeks after implementation. | | | | | | | | | | | | |
| *Instructions:* Use the graph above and documented review boxes below to record the effectiveness of the intervention(s) and to determine the next steps of this student’s intervention based on his/her progress.  Check box if using a different progress monitoring graph. | | | | | | | | | | | | |
| **FIRST DOCUMENTED REVIEW** | | | Date: | | | | | | Sufficient progress made? (select one) | | | Yes  No |
| To be completed no later than 8 weeks after starting intervention. | | | | | | | | | (If no, an additional intervention form should be completed.) | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **CUMULATIVE DOCUMENTED REVIEW** | | | | Date: | | | | | Sufficient progress made? (select one) | | | Yes  No |
| To be completed no later than 16 weeks after starting intervention. | | | | | | | | | (check one of the boxes below for final decision) | | | |
| Adequate progress **WAS** made; intervention was successful in meeting student’s needs. This student will be returned to the following tier:  Tier I  Tier II  and will be re-evaluated on (date):      . | Progress **WAS** made; intervention was somewhat successful in meeting student’s needs. Student will continue at Tier III and additional intervention will be attempted (additional form – both **Sections 3B & 3D** - should be completed). | | | | Adequate progress  **WAS NOT** made; intervention was not successful in meeting student’s needs. Referral to child study on (date):      . | | | | | Student currently has an IEP. Complete the information in the box below.  Eligibility Category: | Other: | |
|  | |  | | | |  | |  | | | | |
| TST Chair Signature | | Date | | | | | School Administrator Signature | | | | | Date |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 3E** | **Teacher Support Team Invitation** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Student Name** |  |
| **Teacher Name** |  |
| **School** |  |
| **Date** |  |

Dear Parent/Guardian:

The Teacher Support Team (TST) would like to invite you to a meeting regarding your child’s progress in school. The TST’s purpose is to review and consider all available information and to recommend additional educational strategies and interventions to further assist your child. The TST may consist of an administrator, teacher, interventionist, counselor, and other individuals that may work with your child. We welcome and desire your participation so that you can be both engaged and informed of our efforts to better support your child’s learning. If you are unable to attend the meeting, a copy of the minutes will be provided for your review.

A meeting is scheduled for (Student Name) to discuss their  Academic  Behavior progress.

Date:

Time:

Location:

I will be able to attend in person.

I will be able to attend virtually.

I will not be able to attend please send me a copy of the meeting notes.

Parent Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

If you have any questions or concerns, please contact me at:

Phone number:

E-mail address:

Sincerely,

[Insert school administrator/TST chair signature and title here]

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 3F** | **Statement of Confidentiality** |

**NOTE:** *This form is to be completed prior to participating in the Teacher Support Team (TST) process.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Student Name** |  | **School Year** |  |

I agree that all information (i.e., teacher and student information, school performance data, specific demographic data, etc.) discussed pertaining to the TST process will be held in strict confidence. I will neither contact anyone outside the official function of this TST process for any reason nor will I make any notes or copies of any documents utilized during the process. Refer to <https://www.mdek12.org/OTSS/MSIS/FERPA> for additional information.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *Signature* |  | *Title* |  | *Date* |
|  |  |  |  |  |
| *Signature* |  | *Title* |  | *Date* |
|  |  |  |  |  |
| *Signature* |  | *Title* |  | *Date* |
|  |  |  |  |  |
| *Signature* |  | *Title* |  | *Date* |
|  |  |  |  |  |
| *Signature* |  | *Title* |  | *Date* |
|  |  |  |  |  |
| *Signature* |  | *Title* |  | *Date* |
|  |  |  |  |  |
| *Signature* |  | *Title* |  | *Date* |
|  |  |  |  |  |
| *Signature* |  | *Title* |  | *Date* |
|  |  |  |  |  |
| *Signature* |  | *Title* |  | *Date* |
|  |  |  |  |  |
| *Signature* |  | *Title* |  | *Date* |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 3G** | **End of the Year MTSS Information** |

*Instructions:* Complete the End of the Year MTSS Information form for all students receiving Tier II or Tier III intervention supports. Be sure to place a copy in the student’s cumulative folder.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Student** |  | | **Teacher** |  | | |
| **School** |  | | **School Year** |  | **Grade** |  |
| **Counselor** |  | | **Interventionist** |  | | |
| **Previous Grades Repeated** | |  | **Promoted/Retained** |  | | |
| **Recommended Tier Placement for the**       **School Year** | | **Reading** | **Math** | **Behavior** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **UNIVERSAL SCREENER/BENCHMARK** | | | **DYSLEXIA SCREENER** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **Fall BOY Scores** | **Winter MOY Scores** | **Spring EOY Scores** | | **READING** |  |  |  | | **MATH** |  |  |  | | **BEHAVIOR** |  |  |  | | | | |  |  | | --- | --- | |  | **Pass/Fail** | | **K (SPRING)** |  | | **1st GRADE (FALL)** |  | |
| **ATTENDANCE** | **END OF YEAR GRADES** | | **BEHAVIOR** |
| |  | | --- | | **TOTAL DAYS ABSENT FOR THE YEAR** | |  | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ELA** | **MATH** | **SCIENCE** | **SOCIAL STUDIES** | |  |  |  |  | | | |  |  | | --- | --- | | **OSS** |  | | **ISS** |  | | **Office Referrals** |  | |
| **COMPREHENSIVE EVALUATION** | | **INTERVENTION PROGRAM** | |
| Has the student ever received a comprehensive evaluation?  Yes  No   |  |  | | --- | --- | | **Date** |  | | | Describe intervention program/strategies utilized. | |
| **OUTSIDE TESTING** | |
| Is there any documentation of previous, outside testing and/or medical documentation in the cumulative records?  Yes  No   |  |  | | --- | --- | | **Date** |  | | **Diagnosis** | | | |
| **TIERED LEVEL OF SUPPORT AT CLOSE OF SCHOOL YEAR** | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **TIER I** | | **TIER II** | | **TIER III** | | | Reading |  | Reading |  | Reading |  | | Math |  | Math |  | Math |  | | Behavior |  | Behavior |  | Behavior |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **APPENDIX A** | **Social/Emotional Worksheet** |
| *Instructions:* Classroom teachers or counselors should complete this checklist to aid in the collection of information to determine if  student is in need of Tier II or Tier III behavioral interventions.  **NOTE:** This worksheet is not a behavioral screener. For behavioral screening resources, visit [https://mdek12.org/OAE/OEER/ InterventionServices](https://mdek12.org/OAE/OEER/%20InterventionServices). | |

|  |
| --- |
| **STUDENT HAS** |
| been on runaway status  been caught stealing at school  left class without permission  cursed school personnel  threatened to harm school personnel or wished school personnel harm  been suspended for fighting  attempted suicide  received tobacco violations at school  received drug/alcohol violations at school |
| **CLASSROOM INTEREST** |
| High  Average  Low  Other, please specify: |
| **CLASSROOM PARTICIPATION** |
| almost always  frequently  occasionally  seldom |
| **CLASSROOM PREPAREDNESS** |
| always brings necessary supplies  usually brings supplies  seldom comes to class with supplies  never comes to class with supplies |
| **MOTIVATION** |
| completes homework  completes about half of the assignment  tends to give up easily  has difficulty getting started on assignments |
| **TO THE BEST OF YOUR KNOWLEDGE** |
| This student is involved with the court system.  This student is in counseling.  This student is on medication. |

|  |  |
| --- | --- |
| **STUDENT NAME** | **DATE** |
|  | |
| **STUDENT IS DISRUPTIVE IN CLASS** | |
| fidgets  is overly active  does not remain in seat  talks out of turn  disturbs others when they are working  constantly seeks attention  overly aggressive with others (i.e., physical fights)  belligerent towards teachers and others in authority  defiant or stubborn  impulsive  can’t wait his/her turn  acts without thinking of the consequences | |
| **STUDENT IS WITHDRAWN** | |
| shy, timid  has difficulty making friends sits alone in cafeteria  does not join in classroom group activities  overly conforms to rules  appears to daydream or be out of touch with the class  has difficulty expressing feelings | |
| **STUDENT IS ANXIOUS** | |
| appears depressed  rarely smiles  appears to be tense  appears frightened or worried  cries easily  does not trust others | |
| **OTHER SOCIAL/EMOTIONAL BEHAVIORS** | |
| lacks self-confidence  says “can’t do” even before attempting  reacts poorly to disappointment  is overly sensitive to disappointment  depends on others  clings to adults  pretends to be ill  has poor grooming or personal hygiene | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APPENDIX B** | | | | **Language Service Plan *(for Students with Limited English Proficiency)*** | | | | | | | | | | | |
| This form should be completed by the individual responsible for providing the instructional program for the EL students and the classroom teacher. This form should be updated annually. **Person completing this form** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **STUDENT NAME** | | | | |  | | | | | **DOB** |  | | | **Age** |  |
| **PRIMARY LANGUAGE SPOKEN** | | |  | | | | | | **LANGUAGE(S) SPOKEN IN HOME** | |  | | | | |
| **ADDITIONAL**  **LANGUAGE(S)** | |  | | | | | **DATE FIRST ENROLLED IN A U.S. SCHOOL** | |  | | **IMMIGRANT STATUS** (< 3 yrs) | |  | | |
| **PARENT/GUARDIAN NAME** | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **PHONE** | (home) | | | | | | | (work) | | | | (cell) | | | |
| **HOME/SCHOOL COMMUNICATION** to parent/guardian is requested in: | | | | | | | | English **OR**  Native Language:  Oral **OR**  Written | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACADEMIC HISTORY PRIOR TO ENTERING CURRENT DISTRICT** | | | | | | | | | | | | | | |
| Age Started School |  | | | Years in Preschool/K | | |  | Years in grades 1-5 | |  | | Years in grades 6-12 | |  |
| Last grade completed | |  | | | Interrupted Formal Education  Limited Schooling  No Formal schooling | | | | | | | | | |
| Has the student been referred for Special Education? | | | Yes  No | | | Does the child have an IEP? | | | Yes  No | | Does the child have an 504 Plan? | | Yes  No | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACADEMIC ACHIEVEMENT LEVEL HISTORY** | | | | |
| **SUBJECT** | **BELOW  GRADE LEVEL** | **ON OR ABOVE GRADE LEVEL** | **METHOD USED  TO DETERMINE LEVEL** | **INFORMATION NOT AVAILABLE** |
| *Example: Math* | *X* |  | *Course grade from previous year (D)* |  |
| Math |  |  |  |  |
| Reading |  |  |  |  |
| Writing |  |  |  |  |
| Social Studies |  |  |  |  |
| Science |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENGLISH LANGUAGE PROFICIENCY TEST INFORMATION** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TEST** | **Date** | **Score** | **Level** | **Date** | **Score** | **Level** | **Date** | **Score** | **Level** | **Date** | **Score** | **Level** | **Date** | **Score** | **Level** |
| ELPT  Speaking |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ELPT  Listening |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ELPT  Reading |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ELPT  Writing |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Composite**  **SCORE** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **APPENDIX B (continued)** | **Language Service Plan *(for Students with Limited English Proficiency)*** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EL SERVICE** | | | | | |
| Date Identified EL Program: | | Date Entered EL Program: | | | |
| Student will receive Direct EL Services for **Minutes       Days a week** | | | | | |
| Student will be placed in an EL Class for one Credit *(Grades 7-12 only)* **Year:       Semester:** | | | | | |
| Parents Declined Services (school is still obligated to serve) | | | Comments: |  | |
| Number of years until the student is identified as a Long Term English Learner (LTEL): | | | | | |
| List specific measurable goals for each domain (Listening, Speaking, Reading, and Writing): | | | | | |
| **LISTENING** | **SPEAKING** | **READING** | | | **WRITING** |
|  |  |  | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STANDARDIZED TESTING ACCOMMODATIONS** | | |
| Refer to the current edition of the [**Mississippi Test Accommodations Manual**](https://www.mdek12.org/OSA) for the allowable accommodations for each assessment. Specify each testing accommodation, the code for the accommodation, and each standardized test to which the accommodation applies. NOTE: The accommodations listed below must be used during regular classroom assessments and on district wide assessments prior to being used on state wide assessments. | | |
| **ACCOMMODATION(S)** | **CODE #** | **TEST(S)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **APPENDIX B (continued)** | **Language Service Plan *(for Students with Limited English Proficiency)*** |

All testing accommodations are classroom accommodations, however not all classroom accommodations are state testing accommodations.

|  |  |
| --- | --- |
| **CLASSROOM INSTRUCTIONAL SUPPORTS AND ACCOMMODATIONS/MODIFICATIONS** | |
| To meet the needs of this child, the following are recommendations for use in regular classroom instruction: | |
| Paraphrasing or repeating directions in English  Personal cueing  Read the test directions (but not the test items) to individual students or in a small group – repeating and/or paraphrasing the directions, if needed  Dictation of answers to test administrator/proctor (scribe) in English only  Reader (oral administration)  Native language word-to-word dictionaries/electronic word-to-word dictionaries (no definitions)  Present questions in same phrasing as learning/review  Reduced and/or modified class & homework assignments  Modified assessments (i.e. oral)  Break tasks/directions into subtasks  Increase wait time  Additional time to complete assignments and tests  ESS (Extended School Services)  Provide questions for classroom discussion in advance  Label items in the room  Previewing of academic content | Provide shortened assignments  Face student when speaking – speak slowly  Print instead of using cursive; type all notes, tests, handouts  Use high interest/low vocabulary text material  Use overhead and provide students with copies of teacher transparencies/notes/lectures  Make instruction visual – use graphic organizers, pictures, maps, graphs, etc. to aid understanding  Highlight/color code tasks, directions, letters home  Pair ELs with an English speaking “peer partner” for assistance  Provide preferential seating or seating with a peer partner  Check for comprehension often  Ask questions that allow the student to answer successfully  Allow the student opportunities to read aloud successfully  Use manipulatives  Use audiobooks  Record material for student listening  Vocabulary matching/fill-in-the-blank exercises w/ words  OTHER: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONS INVOLVED IN THE DEVELOPMENT OF THE LANGUAGE SERVICE PLAN** | | |
| *By signing this form, I am indicating that I have read and understood the Language Service Plan information.* | | |
| **PRINCIPAL** *Signature* **PRINTED NAME** |  | **PARENT** *Signature* **PRINTED NAME** |
| **EL COORDINATOR** *Signature* **PRINTED NAME** |  | **PARENT** *Signature* **PRINTED NAME** |
| **EL TEACHER** *Signature* **PRINTED NAME** |  | **STUDENT** *Signature* **PRINTED NAME** |
| **TEACHER** *Signature* **PRINTED NAME** |  | **INTERPRETER** *Signature* **PRINTED NAME** |
| **TEACHER** *Signature* **PRINTED NAME** |  | **DATE** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APPENDIX B (continued)** | | | | **Exit/Monitor Status Documentation  *(for Students meeting qualifications to exit EL Services)*** | | | | | | | |
| This form should be completed by the individual responsible for exiting and monitoring the individual student. | | | | | | | | | | | |
| **STUDENT NAME** | |  | | | | | | **DATE OF BIRTH** | | |  |
| **PARENT/GUARDIAN NAME** | | |  | | | | | | | | |
| **PHONE** | (home) | | | | | (work) | | | (cell) | | |
| **HOME/SCHOOL COMMUNICATION** to parent/guardian requested in: | | | | | English **OR**  Native Language:  Oral **OR**  Written | | | | | | |
| **PERSON RESPONSIBLE FOR COMPLETING THIS FORM** | | | | | | | | | | | |
| **YEAR 1** | | | **YEAR 2** | | | | **YEAR 3** | | | **YEAR 4** | |
|  | | |  | | | |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EL EXIT INFORMATION** | | | | | |
| **EXIT Eligibility Date** | |  | | | |
| To be eligible for exit from EL status, students must earn a 4 or 5 on the Listening, Speaking, Reading, and Writing domains and a Proficiency status of Proficient on the annual ELPT.  Criteria determining exit from EL status (scores from the ELPT): Date of test: | | | | | |
| **LISTENING** | **SPEAKING** | | **READING\*** | **WRITING\*** | **OVERALL\*** |
|  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MONITORING** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Start Date** |  | | | | **Date of Parent Notification** | | |  | | | **Expected date for CONCLUSION OF MONITOR STATUS** *(Mimimum of 4 years)* | | | | |  | |
| **REPORT CARD AND STATE ASSESSMENT RESULTS** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **YEAR 1** | | | | | | | | |  | **YEAR 2** | | | | | | | | |
| Grade level: | | | School Name: | | | | | |  | Grade level: | | | School Name: | | | | | |
|  | | **Q1** | | **Q2** | | **Q3** | **Q4** | |  |  | | **Q1** | | **Q2** | **Q3** | | **Q4** | |
| ELA | |  | |  | |  |  | |  | ELA | |  | |  |  | |  | |
| Math | |  | |  | |  |  | |  | Math | |  | |  |  | |  | |
| Science | |  | |  | |  |  | |  | Science | |  | |  |  | |  | |
| Social Studies | |  | |  | |  |  | |  | Social Studies | |  | |  |  | |  | |
| Other | |  | |  | |  |  | |  | Other | |  | |  |  | |  | |
| Other | |  | |  | |  |  | |  | Other | |  | |  |  | |  | |
| State Assessment Results: | | | | | | | | |  | State Assessment Results: | | | | | | | | |
| Is student on track to graduate on time?  Yes  No | | | | | | | | |  | Is student on track to graduate on time?  Yes  No | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **APPENDIX B (continued)** | **Exit/Monitor Status Documentation  *(for Students meeting qualifications to exit EL Services)*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MONITORING, continued** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Start Date** |  | | | | **Date of Parent Notification** | | |  | | | **Expected date for CONCLUSION OF MONITOR STATUS** *(Mimimum of 4 years)* | | | | |  | |
| **REPORT CARD AND STATE ASSESSMENT RESULTS** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **YEAR 3** | | | | | | | | |  | **YEAR 4** | | | | | | | |
| Grade level: | | | School Name: | | | | | |  | Grade level: | | | School Name: | | | | |
|  | | **Q1** | | **Q2** | | **Q3** | **Q4** | |  |  | | **Q1** | | **Q2** | **Q3** | | **Q4** |
| ELA | |  | |  | |  |  | |  | ELA | |  | |  |  | |  |
| Math | |  | |  | |  |  | |  | Math | |  | |  |  | |  |
| Science | |  | |  | |  |  | |  | Science | |  | |  |  | |  |
| Social Studies | |  | |  | |  |  | |  | Social Studies | |  | |  |  | |  |
| Other | |  | |  | |  |  | |  | Other | |  | |  |  | |  |
| Other | |  | |  | |  |  | |  | Other | |  | |  |  | |  |
| State Assessment Results: | | | | | | | | |  | State Assessment Results: | | | | | | | |
| Is student on track to graduate on time?  Yes  No | | | | | | | | |  | Is student on track to graduate on time?  Yes  No | | | | | | | |

If the information on this form indicates that the former EL student is struggling, indicate steps that will be taken to support the student and the results:

Student was referred for intervention services (appropriate documentation must be completed)

Student was referred for Counseling

Student was referred for rescreening for EL services. In order for students to be re-entered in the EL program, they must retake the ELPA21 screener and meet qualifications. **(This should only be done if language is considered the primary cause for academic struggles.)**

|  |
| --- |
| **COMMENT(S) (Indicate steps taken to support the student):** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APPENDIX C** | | | | **Elementary School Dyslexia Checklist For Teachers** | | | | |
| *Instructions:* Teachers complete this form to assist with the decision making process of intervention selection and implementation. Refer to the Dyslexia Support Guide for additional guidance. Visit <https://mdek12.org/OAE/OEER/Dyslexia>. | | | | | | | | |
| **STUDENT** | |  | | | **TEACHER** |  | **DATE** |  |
| **ACADEMIC POTENTIAL** | | | | | | | | |
| **YES** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student seem to have the academic ability to develop reading, writing, and spelling skills? | | | | | |
|  |  | | 1. Are the student’s reading, spelling, or writing skills below what you would expect based on his/her academic potential? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have a history of inconsistent success when completing assessments and/or assignments related to reading, writing, or spelling? | | | | | |
| **READING** | | | | | | | | |
| **YES** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have difficulty acquiring phonological processing skills such as blending, segmenting, rhyming, and manipulating sounds? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have difficulty remembering a sequence of unfamiliar sounds? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have difficulty effectively recalling basic sight words? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have difficulty sounding out words? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student comprehend text when read aloud by others? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student lack fluency when reading aloud? | | | | | |
| **ALPHABET AND SPELLING** | | | | | | | | |
| **YES** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have difficulty writing the letters of the alphabet in sequence without a model? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have difficulty naming the vowels? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have difficulty using the correct short vowels in spelling words? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have difficulty with spelling? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student make frequent spelling errors that involve changing the order of the letters within the word? | | | | | |
| **HANDWRITING SKILLS** | | | | | | | | |
| **YES** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Is the student’s handwriting often illegible or messy? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have problems with spatial orientation (e.g., before/after, left/right, top/bottom)? | | | | | |
| **OTHER** | | | | | | | | |
| **YES** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have problems with organization or memory? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have problems with spatial orientation (e.g., before/after)? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have difficulty “finding the right word” or seem to hesitate when trying to answer direct questions? | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APPENDIX C** | | | | **Middle and High School Dyslexia Checklist For Teachers** | | | | |
| *Instructions:* Teachers complete this form to assist with the decision making process of intervention selection and implementation.  Refer to the Dyslexia Support Guide for additional guidance. Visit <https://mdek12.org/OAE/OEER/Dyslexia>. | | | | | | | | |
| **STUDENT** | |  | | | **TEACHER** |  | **DATE** |  |
| **ACADEMIC POTENTIAL** | | | | | | | | |
| **YES** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student seem to have the academic ability to develop reading, writing, and spelling skills? | | | | | |
|  |  | | 1. Are the student’s reading, spelling, or writing skills below what you would expect based on his/her academic potential? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have a history of inconsistent success when completing assessments and/or assignments related to reading, writing, or spelling? | | | | | |
| **READING** | | | | | | | | |
| **YES** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have difficulty decoding words with multiple prefixes and suffixes? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have difficulty remembering a sequence of unfamiliar sounds? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have difficulty effectively recalling basic sight words? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have difficulty sounding out words? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student comprehend text when read aloud by others? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student lack fluency when reading aloud? | | | | | |
| **ALPHABET AND SPELLING** | | | | | | | | |
| **YES** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have difficulty spelling? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student often spell the same word differently in an assignment? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have difficulty using the correct short vowels in spelling words? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student make frequent spelling errors that involve changing the order of the letters within the word? | | | | | |
| **HANDWRITING SKILLS** | | | | | | | | |
| **YES** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student avoid writing? | | | | | |
|  |  | | 1. Is the student’s handwriting often illegible? (letter formation, spacing) | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have problems summarizing and outlining? (process, organization) | | | | | |
| **OTHER** | | | | | | | | |
| **YES** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have problems with organization or memory? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have problems with spatial orientation (e.g., before/after)? | | | | | |
|  |  | | 1. Does the student have difficulty “finding the right word” or seem to hesitate when trying to answer direct questions? | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APPENDIX C** | | | | **Parent Reading Information Questionnaire** | | | | |
| *Instructions:* Parents complete this form to assist the teacher in determining classroom supports and instruction, intervention selection, implementation, and resources needed to ensure successful outcomes for your child. Refer to the Dyslexia Support Guide for additional guidance. Visit <https://mdek12.org/OAE/OEER/Dyslexia>. | | | | | | | | |
| **STUDENT** | |  | | | **TEACHER** |  | **DATE** |  |
|  | | | | | | | | |
| **YES** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Has anyone in your family experienced learning problems? If yes, explain. | | | | | |
|  |  | | 1. Are you concerned about your child’s schoolwork? If yes, explain. | | | | | |
|  |  | | 1. Does your child receive any special instruction at school? If yes, explain. | | | | | |
|  |  | | 1. Does your child have difficulty following directions? If yes, explain. | | | | | |
|  |  | | 1. Has your child ever repeated a grade? If yes, what grade? | | | | | |
|  |  | | 1. Has your child had a speech or language problem? If yes, explain. | | | | | |
|  |  | | 1. Does your child need excessive amounts of assistance with homework? | | | | | |
|  |  | | 1. Does your child spend an extraordinary amount of time completing homework? | | | | | |
|  |  | | 1. Does your child seem to struggle in reading, writing, and spelling more than other subjects? | | | | | |
|  |  | | 1. Does your child like to be read to but does not want to read to you? | | | | | |
|  |  | | 1. Does your child have difficulty with writing, copying, and with spelling? | | | | | |
|  |  | | 1. Has your child ever been critically or chronically ill? If yes, explain. | | | | | |
|  |  | | 1. Does your child have any physical problems that may interfere with learning?  If yes, explain. | | | | | |
|  |  | | 1. Is your child currently taking any medication? If yes, explain. | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **APPENDIX D** | **Sample Parent Notification of Intervention Services [Tier II]** |
| Dear Parent/Guardian:  As part of a Multi-Tiered System of Supports (MTSS) [insert school/ district name] works to provide academic and behavioral supports to all students through interventions (supplemental instruction). This will be provided as needed for students who do not meet expected levels of achievement in reading, math, and/or behavior.  Based on universal screener results, classroom performance, and/or teacher recommendation,  **(student name)** has been identified as a student who could benefit from intervention supports. This letter is to notify you of your child’s placement in:  **Tier II**, is best described as supplemental or small group instruction that your child will receive in addition to Tier I grade level instruction provided by his/her classroom teacher. Your child may be in this tier for up to eight (8) weeks before final progress is determined and further support is provided, if needed.  The additional support that your child will be provided includes:  [add Intervention #1 here]  [add Intervention #2 here, if applicable]  [add Intervention #3 here, if applicable]  If you have any questions or concerns, please contact us at:  Phone number:  E-mail address:  Our goal for providing interventions to your child is to ensure that  **(student name)**  will be successful in meeting the Mississippi grade level expectations and requirements. Progress will be monitored and ongoing throughout the intervention. If you have any questions, please contact your child’s classroom teacher or counselor.  Sincerely,  [Insert school administrator/TST chair signature and title here] | |

|  |  |
| --- | --- |
| **APPENDIX D** | **Sample Parent Notification of Intervention Services [Tier III]** |
| Dear Parent/Guardian:  As part of a Multi-Tiered System of Supports (MTSS) [insert school/ district name] works to provide academic and behavioral supports to all students through interventions (supplemental instruction). This will be provided as needed for students who do not meet expected levels of achievement in reading, math, and/or behavior.  Based on universal screener results, classroom performance, and/or teacher recommendation,  **(student name)** has been identified as a student who could benefit from intervention supports. This letter is to notify you of your child’s placement in:  **Tier III,** isbest described as intensive interventions that occur daily and with the guidance of the Teacher Support Team. Your child may be in this tier for 8-16 weeks before final progress is determined and further support is provided, if needed.  The additional support that your child will be provided includes:  [add Intervention #1 here]  [add Intervention #2 here, if applicable]  [add Intervention #3 here, if applicable] | |
| If you have any questions or concerns or are unable to attend the meeting, please contact us at:  Phone number:  E-mail address:  Our goal for providing interventions to your child is to ensure that  **(student name)**  will be successful in meeting the Mississippi grade level expectations and requirements. Progress will be monitored and ongoing throughout the intervention. If you have any questions, please contact your child’s classroom teacher or counselor.  Sincerely,  [Insert school administrator/TST chair signature and title here] | |

|  |  |
| --- | --- |
| **APPENDIX E** | **Individual Reading Plan** |

|  |  |
| --- | --- |
| **READING INSTRUCTION PROGRAM** | |
| What evidence-based program will be used to deliver explicit, systematic core reading instruction during the required 90-minute reading block?    What evidence-based program will be used to deliver explicit, systematic reading intervention in addition to the required 90-minute reading block? | Indicate the areas addressed by the core reading program:  Phonemic Awareness  Phonics  Fluency  Vocabulary  Comprehension  *Additional supplemental materials (if applicable):* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARENTAL SUPPORT** *(Parent Read-at-Home Plan)* | | | |
| Target deficit area(s): | | The following strategies are recommended for parents/families to use in assisting the student to achieve reading competency: | |
| **Written Parental Notification Received** | | **Parent Read-at-Home Plan Received** | |
| **PARENT SIGNATURE:** | **DATE:** | **PARENT SIGNATURE:** | **DATE:** |

|  |
| --- |
| **ADDITIONAL SERVICES** |
| Indicate any additional services the teacher deems available and appropriate to accelerate the student's reading skill development, if applicable: |

|  |  |
| --- | --- |
| **APPENDIX E (continued)** | **Individual Reading Plan/MTSS Alignment Checklist** |

|  |  | |  |  | | |  |  | | **DATE** |  | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STUDENT** |  | | | | **TEACHER** |  | | | | | | **GRADE** |  |
| *Following the identification of a substantial reading deficiency, intensive reading instruction and intervention must be documented for each student in an individual reading plan, which includes, at a minimum, the following documentation.*  **Place a check mark in the box once you have completed documenting this piece in the MTSS documentation packet.** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | (a) The student's specific, diagnosed reading skill deficiencies as determined (or identified) by diagnostic assessment data and other correlating data points; | | | | | | | **MTSS Documentation Packet**: Tier III *Section 3B; page 14* | | | | |
|  | | (b) The goals and benchmarks for growth; | | | | | | | **MTSS Documentation Packet**: Tier III *Section 3B, 3D; page 14, 16* | | | | |
|  | | (c) How progress will be monitored and evaluated; | | | | | | | **MTSS Documentation Packet:** Tier III *Section 3B, 3C, 3D; page 14-16* | | | | |
|  | | (d) The type of additional instructional services and interventions the student will receive; | | | | | | | **MTSS Documentation Packet:** Tier III *Section 3B; page 14* | | | | |
|  | | (e) The research-based reading instructional programming the teacher will use to provide reading instruction, addressing the areas of phonemic awareness, phonics, fluency, vocabulary and comprehension; | | | | | | | **MTSS Documentation Packet**:  *Appendix E* | | | | |
|  | | (f) The strategies the student's family is encouraged to use in assisting the student to achieve reading competency; and, | | | | | | | **MTSS Documentation Packet**:  *Appendix E* | | | | |
|  | | (g) Any additional services the teacher deems available and appropriate to accelerate the student's reading skill development | | | | | | | **MTSS Documentation Packet**:  *Appendix E* | | | | |

**Note:** *The Individual Reading Plan correlates with the Multi-Tiered System of Supports (MTSS) student documentation required for* ***\*Tier III (Intensive Intervention)****. These pages may be used when meeting with the Teacher Support Team**for each student that did not respond to Tier II Interventions or is needing additional intensive interventions at Tier III; 4th grade students requiring Intensive Intervention after Good Cause Exemption promotion; or, for intensive reading interventions for English Language Learners (ELs).*

***Teachers are not required to develop an IRP if the student currently has an IEP with Reading goals****. However, if a student’s IEP does not currently address reading difficulties and the student later develops a deficit in reading, then the general education and the special education teacher must collaborate to determine whether goals need to be added to the IEP or if an IRP is most appropriate. If a student has an IEP that only has Math goals and the student later begins to struggle in reading, then an IRP must be written for K - 4 students. The individual needs of the student should dictate the goals and the supports provided. The general education teacher and the special education teacher should work collaboratively to develop and implement the IEP and continue to progress monitor as indicated in the IEP.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APPENDIX F** | | | | | **Good Cause Exemption Documentation Form (LBPA)** | | | | | | | | | | | | | |
| **Student Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Notification sent to parents/guardians stating the student was identified  with a reading deficiency and with each quarterly progress report. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATE:** | **DATE:** | | | | | | **DATE:** | | | | | **DATE:** | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | IRP created (Please attach if applicable.) | Read at Home Plan sent to parents/guardians. | | **DATE:** | **DATE:** | |  |  |  | **Exemption** | **Description** | **Documentation Required** | | --- | --- | --- | | **A**  **(EL Students)**    **(Can apply after student receives a “Does Not Meet” on the initial test)** | EL students with less than 2 years of instruction in an English Language program. | * GCE Documentation Form * Current Language Service Plan * Cumulative Insert/MSIS Screenshot indicating service status | | EL students with more than 2 years of instruction in an English Language program. | * GCE Documentation Form * Current Language Service Plan * Cumulative Insert/MSIS Screenshot indicating service status * ELPT Student Proficiency Reports for each year enrolled demonstrating performance below level 4 (proficient) in the domains of Reading and Writing   **AND**   * Language Service Plan (LSP) for each year enrolled including a Reading domain goal that has been supported   **AND**   * Reading Screener results for each year enrolled showing below grade level   **AND**   * MTSS paperwork for each year enrolled and must include Tier III documentation for academic reading supports.     All four (4) criteria are required to demonstrate language acquisition and reading supports were provided. Include all available data from previous schools. | | **B**  **(SCD or approved medical emergency)** | Students indicated SCD. This should be applied the year the student takes Grade 3 MAAP-A. (Peer age/peer grade= 8 by September 1st of current school year) | * GCE Documentation Form * Current IEP including SCD determination page   ***OR***   * MSIS Screenshot of SCD indicator marked | | Student receiving a significant medical emergency. | * [GCE Documentation](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf) Form * Significant medical emergency approval from Caveon | | **C**  **(IEP/504 Students)**  **(Can apply after student receives a “Does Not Meet” on the initial test)** | IEP/504 students who have either  Been retained once previously | * GCE Documentation Form * Current IEP/504 * Cumulative Insert /MSIS Screenshot   **(indicating 1 year of retention)** | | **OR** | | | Received two years of **Reading Intervention** | * [GCE Documentation](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf) Form * Current IEP/504 * Cumulative Insert/MSIS Screenshot * *Proof of 2 years of* ***Reading Intervention*** *via:* * Monitoring of previous years’ IEP reading goals   ***OR***   * 2 years of **Tier III** MTSS documentation   ***OR***   * A combination of monitored IEP goals and Tier paperwork | | Dyslexia therapy, conducted outside of school hours according to [MS code 37-173-21](https://law.justia.com/codes/mississippi/2019/title-37/chapter-173/section-37-173-21/) | * [GCE Documentation](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf) Form * Documentation of each Schedule’s Benchmark * A log of hours and services signed by qualified personnel. | | **D**  **(Any re-testers)**  **(Can apply after student passes 1st Retake or 2nd Retake)** | Students who have passed an alternate assessment **(Retest 1 or Retest 2)** | * GCE Documentation Form * Individual student report showing that the student passed | | **E**  **(General Education)**  **(Can apply after student receives a “Does Not Meet” on the initial test)** | Students who have **failed twice prior to the current school year**  **AND**  who have received two years of Intensive Reading Intervention **(years do not have to be consecutive).** | * [GCE Documentation](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf) Form * Cumulative Insert/MSIS Screenshot (**indicating 2 retentions)** * 2 years of **Tier III** MTSS documentation | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teacher requested and submitted Good Cause Exemption documentation to the principal. | | | Principal reviewed and discussed recommendations with the teacher and parent. | | | | | Principal submitted documentation to superintendent. | | | | | Decision of Superintendent:  **ACCEPT**  **REJECT** | | | | | |
| **DATE:** | | | **DATE:** | | | | | **DATE:** | | | | | **DATE:** | | | | | |
| **DECISION** | | **Retain  Promote Based on Good Cause Exemption** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **COMMENTS:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Completed By: | | | |  | | | | | | Position: |  | | | Date: | | |  | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| Parent/Guardian (Print) | | | | | |  | | | Signature | | | | | |  | Date | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| Teacher (Print) | | | | | |  | | | Signature | | | | | |  | Date | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| Principal (Print) | | | | | |  | | | Signature | | | | | |  | Date | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| Superintendent (Print) | | | | | |  | | | Signature | | | | | |  | Date | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **APPENDIX G** | **Part 3 Chapter 41: Intervention** |

Part 3 Chapter 41: Intervention

Rule 41.1 Intervention

Adoption Date: January 21, 2005

Revision: August 18, 2016

1. The purpose of this policy is to ensure that the behavioral and academic needs of every student are met through an instructional model that is designed to address student learning with quality classroom instruction and opportunities for intervention. The Mississippi Department Education (MDE) shall require every school district to follow the instructional model, which consists of three (3) tiers of instruction:
   1. Tier 1: Quality classroom instruction based on Mississippi Curriculum Frameworks
   2. Tier 2: Focused supplemental instruction
   3. Tier 3: Intensive interventions specifically designed to meet the individual needs of students
2. If strategies at Tier 1 and Tier 2 are unsuccessful, students must be referred to the Teacher Support Team (TST). The TST is the problem-solving unit responsible for interventions developed at Tier 3. Each school must have a Teacher Support Team (TST) implemented in accordance with the process developed by the MDE. The chairperson of the TST shall be the school principal as the school's instructional leader or the principal's designee. The designee may not be an individual whose primary responsibility is special education. Interventions will be:
   1. designed to address the deficit areas;
   2. evidence based;
   3. implemented as designed by the TST;
   4. supported by data regarding the effectiveness of interventions.
3. Teachers should use progress monitoring information to:
   1. determine if students are making adequate progress,
   2. identify students as soon as they begin to fall behind, and
   3. modify instruction early enough to ensure each student gains essential skills.

Monitoring of student progress is an ongoing process that may be measured through informal classroom assessment, benchmark assessment instruments, and large-scale assessments.

1. After a referral is made, the TST must develop and begin implementation of an intervention(s) within two weeks. No later than eight weeks after implementation of the intervention(s) the TST must conduct a documented review of the interventions to determine success of the intervention(s). No later than 16 weeks after implementation of the intervention(s), a second review must be conducted to determine whether the intervention(s) is successful. If the intervention(s) is determined to be unsuccessful, then the student will be referred for a comprehensive assessment.
2. In accordance with the Literacy-Based Promotion Act of 2013, each public school student who exhibits a substantial deficiency in reading at any time, as demonstrated through:
   1. performance on a reading screener approved or developed by the MDE, or
   2. locally determined assessments and teacher observations conducted in Kindergarten and Grades 1 through 3, or
   3. statewide end-of-year assessments or approved alternate yearly assessments in Grade 3, must be given intensive reading instruction and intervention immediately following the identification of the reading deficiency. A student who was promoted from Grade 3 to Grade 4 under a good cause exemption of the Literacy- Based Promotion Act must be given intensive reading instruction and intervention. The intensive intervention must include effective instructional strategies and appropriate teaching methodologies necessary to assist the student in becoming a successful reader, able to read at or above grade level, and ready for promotion to the next grade.
3. A dyslexia screener must be administered to all students during the spring of their kindergarten year and the fall of their first grade year. The screening must include the following components:
   1. Phonological awareness and phonemic awareness;
   2. Sound symbol recognition;
   3. Alphabet knowledge;
   4. Decoding skills;
   5. Encoding skills; and
   6. Rapid naming (quickly naming objects, pictures, colors, or symbols (letters or digits) aloud.
4. All students in Kindergarten and grades 1 through 3 shall be administered a state- approved screener within the first 30 days of school and repeated at mid-year and at the end of the school year to identify any deficiencies in reading. In addition to failure to make adequate progress following Tier 1 and Tier 2, students will be referred to the TST for interventions as specified in Response to Intervention guidelines developed by MDE if any of the following events occur:
5. Grades K-3: A student has failed one (1) grade;
6. Grades 4-12: A student has failed two (2) grades;
7. A student failed either of the preceding two grades and has been suspended or expelled for more than twenty (20) days in the current school year;
8. A student scores at the lowest level on any part of the Grade 3 or Grade 7 statewide accountability assessment; or
9. A student is promoted from Grade 3 to Grade 4 under a good cause exemption of the Literacy-Based Promotion Act.
10. Referrals to the TST must be made within the first twenty (20) school days of a school year if the student meets any of the criteria a-e stated above in Paragraph 7.
11. School districts must complete, at a minimum, documentation as required for all students in Tier 2 or Tier 3. All Tier 3 documentation must accompany the student’s cumulative folder upon promotion or transfer to a new school.

**Source: Miss. Code Ann. § 37-177-1, et seq., (Act) (Revised 8/2016)**

|  |  |
| --- | --- |
| **APPENDIX H** | **Arabic Translated documents  *(for use when meeting with parents/guardians of English learners as needed)*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **القسم 2A.1** | **وثائق اجتماع التدخل** | | | | | | | |
| *التعليمات:*  **المعلمون،** أكمل هذا النموذج إذا كانت بيانات الفصل الدراسي وبيانات الفحص الشامل والمعلومات الأخرى المتاحة لا تظهر تقدمًا كافيًا للطلاب وهناك حاجة إلى مزيد من الدعم. تم إرفاق **القسم 1أ، أو 1ب، أو 1ج؛** **أو 1د المكتمل.** | | | | | | | | |
| **إلى: رئيس TEACHER SUPPORT TEAM (فريق دعم المعلم)** | | | | | | | | |
| أطلب مراجعة البيانات المتاحة لـ (student name) للمساعدة في تقديم التدخلات لتحسين أدائه العام. لقد لاحظت مشاكل تعيق تقدمه التعليمي في المجال (المجالات) التالية:  الأداء الأكاديمي، الدرجات المنخفضة أو الرسوب  السلوك و/أو الانضباط  غير ذلك، يُرجى التحديد: | |  | | وسائل الدعم من المستوى الأول المقدمة للطالب: | | | | |
|  | |
| المعلم: | | ولي الأمر: | | | | تاريخ الاجتماع: | تاريخ تنفيذ التدخل: | |
|  | |  | | | |  | (يجب أن يكون خلال أسبوعين) | |
|  | | | | | | | | |
| **ملخص المناقشة (تابع في الخلف إذا لزم الأمر) :** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **توقيع الحضور الموجودين** | | | **المسمى الوظيفي** | | **توقيع الحضور الموجودين** | | | **المسمى الوظيفي** |
|  | | | المسؤول | |  | | | ولي الأمر |
|  | | | أخصائي التدخل | |  | | | المستشار |
|  | | | المعلم | |  | | | غير ذلك |
| **الخطوات التالية المُوصى بها** | | | | | | | | |
| الاتصال بالوالدين  تنفيذ التدخل الأكاديمي من المستوى الثاني في المجال (المجالات) المطلوبة:  القراءة  الرياضيات  آداب اللغة  غير ذلك  تنفيذ التدخل السلوكي من المستوى الثاني  إجراء مؤتمر طلابي  إجراء مراقبة السلوك (بيانات ما قبل السلوك والسلوك وما بعده (Antecedent, Behaviour, Consequence ABC‎))  التدخل (التدخلات) غير ناجح  تعديل التدخلات السلوكية الحالية ومواصلة التدخل (التدخلات) من المستوى الثاني  غير ذلك: | | | | | العودة إلى فصل التعليم العام من المستوى الأول  استمرار التدخل (التدخلات) التعليمي في فصل التعليم العام (المستوى الثاني)  إدارة فحص النمو (5 سنوات، في المدرسة)  إجراء فحص السمع/البصر  طلب المتابعة الطبية  الإحالة إلى مستشار المدرسة  الإحالة إلى وكالة مجتمعية  إكمال حزمة السرد للمعلم  الإحالة إلى Teacher Support Team | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **القسم 3E** | **دعوة Teacher Support Team** |

|  |  |
| --- | --- |
| **اسم الطالب** |  |
| **اسم المعلم** |  |
| **المدرسة** |  |
| **التاريخ** |  |

السيد المحترم ولي الأمر/الوصي:

يرغب Teacher Support Team (فريق دعم المعلم، TST) في دعوتك لحضور اجتماع بخصوص تقدم طفلك في المدرسة. الغرض من TST هو مراجعة جميع المعلومات المتاحة والنظر فيها والتوصية باستراتيجيات وتدخلات تعليمية إضافية لمساعدة طفلك بشكل أكبر. قد يتكون TST من مدير ومعلم وأخصائي تدخل ومستشار وأفراد آخرين قد يعملون مع طفلك. نرحب بمشاركتك ونرغب فيها حتى تتمكن من الانخراط معنا والاطلاع على جهودنا لدعم تعلم طفلك بشكل أفضل. وإذا لم تتمكن من حضور الاجتماع، فسيتم تزويدك بنسخة من محضر الاجتماع لمراجعته.

ومن المقرر عقد اجتماع من أجل (Student Name) لمناقشة تقدم سلوكه الأكاديمي.

التاريخ:

الوقت:

المكان:

سأتمكن من الحضور شخصيًا.

سأتمكن من الحضور عبر الإنترنت.

لن أتمكن من الحضور، يُرجى إرسال نسخة من ملاحظات الاجتماع.

توقيع ولي الأمر \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

إذا كانت لديك أي أسئلة أو مخاوف، فيرجى الاتصال بي على:

رقم الهاتف:

عنوان البريد الإلكتروني:

مع خالص التقدير والاحترام،

[Insert school administrator/TST chair signature and title here]

|  |  |
| --- | --- |
| **القسم 3F** | **بيان السرية** |

**ملحوظة:**  *يجب إكمال هذا النموذج قبل المشاركة في عملية TST.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **اسم الطالب** |  | **العام الدراسي** |  |

أوافق على أن تتم مناقشة جميع المعلومات (أي، معلومات المعلم والطالب، وبيانات أداء المدرسة، والبيانات الديموغرافية المحددة، وما إلى ذلك) المتعلقة بعملية TST بسرية تامة. لن أتواصل مع أي شخص خارج الوظيفة الرسمية لعملية TST هذه لأي سبب من الأسباب، ولن أقوم بتدوين أي ملاحظات أو نسخ من أي مستندات تم استخدامها أثناء العملية. يُرجى الرجوع إلى <https://www.mdek12.org/OTSS/MSIS/FERPA> للحصول على مزيد من المعلومات.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *التوقيع* |  | *المسمى الوظيفي* |  | *التاريخ* |
|  |  |  |  |  |
| *التوقيع* |  | *المسمى الوظيفي* |  | *التاريخ* |
|  |  |  |  |  |
| *التوقيع* |  | *المسمى الوظيفي* |  | *التاريخ* |
|  |  |  |  |  |
| *التوقيع* |  | *المسمى الوظيفي* |  | *التاريخ* |
|  |  |  |  |  |
| *التوقيع* |  | *المسمى الوظيفي* |  | *التاريخ* |
|  |  |  |  |  |
| *التوقيع* |  | *المسمى الوظيفي* |  | *التاريخ* |
|  |  |  |  |  |
| *التوقيع* |  | *المسمى الوظيفي* |  | *التاريخ* |
|  |  |  |  |  |
| *التوقيع* |  | *المسمى الوظيفي* |  | *التاريخ* |
|  |  |  |  |  |
| *التوقيع* |  | *المسمى الوظيفي* |  | *التاريخ* |
|  |  |  |  |  |
| *التوقيع* |  | *المسمى الوظيفي* |  | *التاريخ* |

|  |  |
| --- | --- |
| **القسم 3G** | **معلومات Multi-Tiered System of Supports (نظام الدعم متعدد المستويات، MTSS) لنهاية العام** |

*التعليمات:* أكمل نموذج معلومات MTSS لنهاية العام لجميع الطلاب الذين يتلقون وسائل دعم التدخل من المستوى الثاني أو المستوى الثالث. وتأكد من وضع نسخة في المجلد التراكمي للطالب.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الطالب/ة** |  | | **المعلم** |  | | |
| **المدرسة** |  | | **العام الدراسي** |  | **الصف** |  |
| **المستشار** |  | | **أخصائي التدخل** |  | | |
| **الصفوف السابقة المُعادة** | |  | **تمت الترقية/الإبقاء** |  | | |
| **وضع المستوى الموصى به للعام الدراسي** | | **القراءة** | **الرياضيات** | **السلوك** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **أداة الفحص الشاملة/المعيار** | | | **أداة فحص عسر القراءة** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **نتائج بداية العام في الخريف** | **نتائج منتصف العام في الشتاء** | **نتائج نهاية العام في الربيع** | | **القراءة** |  |  |  | | **الرياضيات** |  |  |  | | **السلوك** |  |  |  | | | | |  |  | | --- | --- | |  | **النجاح/الرسوب** | | **رياض الأطفال (الربيع)** |  | | **الصف الأول (الخريف)** |  | |
| **الحضور** | **درجات نهاية العام** | | **السلوك** |
| |  | | --- | | **إجمالي أيام الغياب خلال العام** | |  | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **آداب اللغة الإنجليزية** | **الرياضيات** | **العلوم** | **الدراسات الاجتماعية** | |  |  |  |  | | | |  |  | | --- | --- | | **الإيقاف خارج المدرسة** |  | | **الإيقاف داخل المدرسة** |  | | **إحالات إلى المكتب** |  | |
| **التقييم الشامل** | | **برنامج التدخل** | |
| هل حصل الطالب على تقييم شامل من قبل؟  نعم  لا   |  |  | | --- | --- | | **التاريخ** |  | | | وصف برنامج/استراتيجيات التدخل المستخدمة. | |
| **الاختبار الخارجي** | |
| هل هناك أي توثيق للاختبارات الخارجية السابقة و/أو الوثائق الطبية في السجلات التراكمية؟  نعم  لا   |  |  | | --- | --- | | **التاريخ** |  | | **التشخيص** | | | |
| **مستوى متدرج من الدعم في نهاية العام الدراسي** | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **المستوى الأول** | | **المستوى الثاني** | | **المستوى الثالث** | | | القراءة |  | القراءة |  | القراءة |  | | الرياضيات |  | الرياضيات |  | الرياضيات |  | | السلوك |  | السلوك |  | السلوك |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **الملحق A** | **ورقة عمل السلوك الاجتماعي/العاطفي** |
| *التعليمات:* يجب على معلمي الفصول الدراسية أو المستشارين إكمال قائمة التحقق هذه للمساعدة في جمع المعلومات لتحديد ما إذا كان  الطالب يحتاج إلى تدخلات سلوكية من المستوى الثاني أو الثالث.  **ملحوظة:** ورقة العمل هذه ليست أداة لفحص السلوك. للحصول على موارد فحص السلوك، قم بزيارة [https://mdek12.org/OAE/OEER/ InterventionServices](https://mdek12.org/OAE/OEER/%20InterventionServices). | |

|  |
| --- |
| **الطالب** |
| كان في حالة هروب  تم القبض عليه وهو يسرق في المدرسة  غادر الفصل دون إذن  لعن موظفي المدرسة  هدد بإيذاء موظفي المدرسة أو تمنى إيذاء موظفي المدرسة  تم إيقافه بسبب القتال  حاول الانتحار  تلقى انتهاكات تتعلق بالتبغ في المدرسة  تلقى انتهاكات تتعلق بالمخدرات/الكحول في المدرسة |
| **الاهتمام بالفصل الدراسي** |
| مرتفع  متوسط  منخفض  غير ذلك، يُرجى التحديد: |
| **المشاركة في الفصل الدراسي** |
| دائمًا تقريبًا  مرارًا  أحيانًا  نادرًا |
| **الاستعداد للفصل الدراسي** |
| يُحضر دائمًا المستلزمات الضرورية  عادة ما يجلب المستلزمات  نادرًا ما يأتي إلى الفصل مع المستلزمات  لا يأتي إلى الفصل أبدًا بالمستلزمات |
| **التحفيز** |
| يكمل واجباته المنزلية  يكمل حوالي نصف المهمة  يميل إلى الاستسلام بسهولة  يجد صعوبة في البدء في المهام |
| **على حد علمك** |
| هذا الطالب متورط في النظام القضائي.  هذا الطالب يتلقى الإرشاد.  هذا الطالب يتناول دواءً. |

|  |  |
| --- | --- |
| **اسم الطالب** | **التاريخ** |
|  | |
| **الطالب مزعج في الفصل** | |
| يتململ  نشط بشكل مفرط  لا يبقى في المقعد  يتحدث خارج دوره  يزعج الآخرين أثناء عملهم  يسعى باستمرار إلى الاهتمام  عدواني بشكل مفرط مع الآخرين (أي، يُجري معارك جسدية)  عدائي تجاه المعلمين وغيرهم من أصحاب السلطة  متمرد أو عنيد  متهور  لا يستطيع الانتظار حتى يأتي دوره  يتصرف دون التفكير في العواقب | |
| **الطالب منعزل** | |
| خجول، ومتردد  يجد صعوبة في تكوين صداقات ويجلس بمفرده في الكافتيريا  لا يشارك في أنشطة المجموعة الصفية  يتماشى مع القواعد بشكل مفرط  يبدو أنه يحلم باليقظة أو يكون بعيدًا عن التواصل مع الفصل  يجد صعوبة في التعبير عن مشاعره | |
| **الطالب قلِق** | |
| يبدو مكتئبًا  نادرًا ما يبتسم  يبدو متوترًا  يبدو خائفًا أو قلقًا  يبكي بسهولة  لا يثق بالآخرين | |
| **السلوكيات الاجتماعية/العاطفية الأخرى** | |
| يفتقر إلى الثقة بالنفس  يقول "لا أستطيع القيام بذلك" حتى قبل المحاولة  يتفاعل بشكل سيء مع خيبة الأمل  حساس بشكل مفرط للإحباط  يعتمد على الآخرين  يتشبث بالبالغين  يتظاهر بأنه مريض  يفتقر إلى العناية الشخصية أو النظافة الشخصية | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الملحق B** | | | | **خطة خدمات اللغة *(للطلاب ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية)*** | | | | | | | | | | | |
| يجب أن يتم تعبئة هذا النموذج من قبل الشخص المسؤول عن تقديم البرنامج التعليمي لطلاب اللغة الإنجليزية ومعلم الفصل الدراسي. ينبغي تحديث هذا النموذج سنويًا. **الشخص الذي يكمل هذا النموذج** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **اسم الطالب** | | | | |  | | | | | **تاريخ الميلاد** |  | | | **العمر** |  |
| **اللغة الأساسية المنطوقة** | | |  | | | | | | **اللغة (اللغات) التي يتم التحدث بها في المنزل** | |  | | | | |
| **اللغة (اللغات)**  **الإضافية** | |  | | | | | **تاريخ التسجيل الأول في مدرسة** **بالولايات المتحدة** | |  | | **حالة المهاجر** (< 3 سنوات) | |  | | |
| **اسم ولي الأمر/الوصي** | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **الهاتف** | (المنزل) | | | | | | | (العمل) | | | | (الخلوي) | | | |
| **التواصل بين المنزل والمدرسة** يُطلب من ولي الأمر/الوصي باللغة: | | | | | | | | الإنجليزية **أو**  اللغة الأم:  شفوي **أو**  مكتوب | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **التاريخ الأكاديمي قبل الالتحاق بالمنطقة الحالية** | | | | | | | | | | | | | | |
| العمر الذي بدأ فيه الدراسة |  | | | سنوات مرحلة ما قبل المدرسة/رياض الأطفال | | |  | السنوات في الصفوف من 1 إلى 5 | |  | | السنوات في الصفوف من 6 إلى 12 | |  |
| آخر صف تم إكماله | |  | | | تعليم رسمي متقطع  تعليم محدود  لا يوجد تعليم رسمي | | | | | | | | | |
| هل تم تحويل الطالب إلى تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة؟ | | | نعم  لا | | | هل لدى الطفل برنامج تعليم فردي (IEP)؟ | | | نعم  لا | | هل الطفل لديه خطة 504؟ | | نعم  لا | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاريخ مستوى التحصيل الأكاديمي** | | | | |
| **المادة** | **أقل من  المستوى الدراسي** | **على مستوى الصف أو أعلى** | **الطريقة المستخدمة**  **لتحديد المستوى** | **المعلومات غير متوفرة** |
| *مثال:* *الرياضيات* | *X* |  | *درجة المقرر من العام السابق (د)* |  |
| الرياضيات |  |  |  |  |
| القراءة |  |  |  |  |
| الكتابة |  |  |  |  |
| الدراسات الاجتماعية |  |  |  |  |
| العلوم |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **معلومات عن ENGLISH LANGUAGE PROFICIENCY TEST (اختبار الكفاءة في اللغة الإنجليزية، ELPT)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الاختبار** | **التاريخ** | **الدرجة** | **المستوى** | **التاريخ** | **الدرجة** | **المستوى** | **التاريخ** | **الدرجة** | **المستوى** | **التاريخ** | **الدرجة** | **المستوى** | **التاريخ** | **الدرجة** | **المستوى** |
| ELPT  التحدث |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ELPT  الاستماع |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ELPT  القراءة |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ELPT  الكتابة |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **الدرجة المُركّبة**  **الدرجة** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **الملحق B (يتبع)** | **خطة خدمات اللغة *(للطلاب ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية)*** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **خدمة متعلم اللغة الإنجليزية** | | | | | |
| تاريخ تحديد برنامج متعلم اللغة الإنجليزية: | | تاريخ الالتحاق ببرنامج متعلم اللغة الإنجليزية: | | | |
| سيحصل الطالب على خدمات متعلم اللغة الإنجليزية المباشرة لمدة **دقائق كل       أيام في الأسبوع** | | | | | |
| سيتم وضع الطالب في فصل متعلم اللغة الإنجليزية لمدة سنة معتمدة واحدة *(الصفوف من 7 إلى 12 فقط)* **:** **الفصل الدراسي:** | | | | | |
| رفض الآباء تقديم الخدمات (لا تزال المدرسة ملزمة بتقديم الخدمة) | | | التعليقات: |  | |
| عدد السنوات حتى يتم تحديد الطالب كـ Long Term English Learner (متعلم للغة الإنجليزية على المدى الطويل، LTEL): | | | | | |
| قم بإدراج أهداف محددة قابلة للقياس لكل مجال (الاستماع والتحدث والقراءة والكتابة): | | | | | |
| **الاستماع** | **التحدث** | **القراءة** | | | **الكتابة** |
|  |  |  | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **تسهيلات الاختبار الموحد** | | |
| يرجى الرجوع إلى الإصدار الحالي من **[Mississippi Test Accommodations Manual دليل التسهيلات لاختبار ميسيسيبي)](https://www.mdek12.org/OSA)** للحصول على التسهيلات المسموح بها لكل تقييم. حدد كل تسهيلات الاختبار، والرمز الخاص بالتسهيل، وكل اختبار موحد ينطبق عليه التسهيل. NOTE: The accommodations listed below must be used during regular classroom assessments and on district wide assessments prior to being used on state wide assessments. | | |
| **التسهيل (التسهيلات)** | **الرمز رقم** | **الاختبار (الاختبارات)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **الملحق B (يتبع)** | **خطة خدمات اللغة *(للطلاب ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية)*** |

جميع تسهيلات الاختبارات هي تسهيلات مخصصة للفصول الدراسية، ولكن ليست كل تسهيلات الاختبارات هي تسهيلات مخصصة للاختبارات على مستوى الولاية.

|  |  |
| --- | --- |
| **وسائل الدعم والتسهيلات/التعديلات التعليمية في الفصول الدراسية** | |
| لتلبية احتياجات هذا الطفل، فيما يلي توصيات لاستخدامها في التدريس العادي في الفصول الدراسية: | |
| إعادة صياغة أو تكرار التوجيهات باللغة الإنجليزية  الإشارات الشخصية  قراءة تعليمات الاختبار (ولكن ليس عناصر الاختبار) للطلاب بشكل فردي أو في مجموعة صغيرة - تكرار و/أو إعادة صياغة التعليمات، إذا لزم الأمر  إملاء الإجابات لمشرف الاختبار/المراقب (الكاتب) باللغة الإنجليزية فقط  القارئ (الإدارة عن طريق الفم)  قواميس كلمات باللغة الأم/قواميس كلمات إلكترونية (دون تعريفات)  طرح الأسئلة بنفس صياغة التعلم/المراجعة  تقليص و/أو تعديل المهام الدراسية والواجبات المنزلية  المهام المعدلة (أي الشفهية)  تقسيم المهام/التعليمات إلى مهام فرعية  زيادة وقت الانتظار  توفير وقت إضافي لإكمال المهام والاختبارات  Extended School Services (خدمات المدارس الموسعة، ESS)  توفير الأسئلة للمناقشة في الفصل الدراسي مسبقًا  وضع علامات على العناصر الموجودة في الغرفة  معاينة المحتوى الأكاديمي | توفير مهام مختصرة  مواجهة الطالب عند التحدث - التحدث ببطء  الطباعة بدلًا من استخدام الكتابة اليدوية؛ كتابة جميع الملاحظات والاختبارات والنشرات  استخدام مواد نصية ذات أهمية كبيرة ومفردات منخفضة  استخدام النفقات العامة وتزويد الطلاب بنسخ من الورق الشفاف/ملاحظات/محاضرات المعلم  جعل التدريس مرئي - استخدام المنظمات الرسومية والصور والخرائط والرسوم البيانية وما إلى ذلك للمساعدة في الفهم  تمييز/ترميز المهام والتعليمات والحروف الرئيسية بالألوان  إقران متعلمي اللغة الإنجليزية مع "شريك زميل" يتحدث اللغة الإنجليزية للحصول على المساعدة  توفير مقاعد مفضلة أو الجلوس مع شريك زميل  التحقق من الفهم في كثير من الأحيان  طرح الأسئلة التي تسمح للطالب بالإجابة بنجاح  إتاحة الفرصة للطالب للقراءة بصوت عالٍ بنجاح  استخدام الأدوات اليدوية  استخدام الكتب الصوتية  تسجيل المواد ليستمع الطلاب إليها  تمارين مطابقة المفردات/ملء الفراغات بالكلمات  غير ذلك: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الأشخاص المشاركون في تطوير خطة خدمات اللغة** | | |
| *من خلال التوقيع على هذا النموذج، أشير إلى أنني قرأت وفهمت معلومات خطة خدمات اللغة.* | | |
| **توقيع** *المدير* **الاسم بخط واضح** |  | **توقيع** *ولي الأمر* **الاسم بخط واضح** |
| **توقيع** *منسق خدمة متعلم اللغة الإنجليزية* **الاسم بخط واضح** |  | **توقيع** *ولي الأمر* **الاسم بخط واضح** |
| **توقيع** *معلم خدمة متعلم اللغة الإنجليزية* **الاسم بخط واضح** |  | **توقيع** *الطالب* **الاسم بخط واضح** |
| **توقيع** *المعلم* **الاسم بخط واضح** |  | **توقيع** *المترجم الشفوي* **الاسم بخط واضح** |
| **توقيع** *المعلم* **الاسم بخط واضح** |  | **التاريخ** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الملحق B (يتبع)** | | | | **توثيق حالة الخروج/المراقبة**  ***(للطلاب الذين يستوفون المؤهلات اللازمة للخروج من خدمات متعلم اللغة الإنجليزية)*** | | | | | | | |
| يجب أن يتم تعبئة هذا النموذج من قبل الشخص المسؤول عن خروج الطالب ومراقبته. | | | | | | | | | | | |
| **اسم الطالب** | |  | | | | | | **تاريخ الميلاد** | | |  |
| **اسم ولي الأمر/الوصي** | | |  | | | | | | | | |
| **الهاتف** | (المنزل) | | | | | (العمل) | | | (الخلوي) | | |
| **التواصل بين المنزل والمدرسة** يُطلب من ولي الأمر/الوصي باللغة: | | | | | الإنجليزية **أو**  اللغة الأم:  شفوي **أو**  مكتوب | | | | | | |
| **الشخص المسؤول عن استكمال هذا النموذج** | | | | | | | | | | | |
| **السنة 1** | | | **السنة 2** | | | | **السنة 3** | | | **السنة 4** | |
|  | | |  | | | |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **معلومات الخروج من خدمة متعلم اللغة الإنجليزية** | | | | | |
| **تاريخ التأهل للخروج** | |  | | | |
| لكي يكون الطلاب مؤهلين للخروج من حالة متعلم اللغة الإنجليزية، يجب عليهم الحصول على 4 أو 5 في القراءة والكتابة والتقييم الشامل في تقييم ELPA21. معايير تحديد الخروج من حالة متعلم اللغة الإنجليزية (النتائج من English Language Proficiency Test (اختبار الكفاءة في اللغة الإنجليزية، ELPT)): تاريخ الاختبار: | | | | | |
| **الاستماع** | **التحدث** | | **القراءة\*** | **الكتابة\*** | **إجمالًا\*** |
|  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **المراقبة** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **تاريخ البدء** |  | | | | **تاريخ إخطار ولي الأمر** | | |  | | | **التاريخ المتوقع لانتهاء حالة المراقبة** *(الحد الأدنى 4 سنوات)* | | | | |  | |
| **بطاقة التقرير ونتائج تقييم الولاية** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **السنة 1** | | | | | | | | |  | **السنة 2** | | | | | | | | |
| المستوى الدراسي: | | | اسم المدرسة: | | | | | |  | المستوى الدراسي: | | | اسم المدرسة: | | | | | |
|  | | **س1** | | **س2** | | **س3** | **س4** | |  |  | | **س1** | | **س2** | **س3** | | **س4** | |
| آداب اللغة الإنجليزية | |  | |  | |  |  | |  | آداب اللغة الإنجليزية | |  | |  |  | |  | |
| الرياضيات | |  | |  | |  |  | |  | الرياضيات | |  | |  |  | |  | |
| العلوم | |  | |  | |  |  | |  | العلوم | |  | |  |  | |  | |
| الدراسات الاجتماعية | |  | |  | |  |  | |  | الدراسات الاجتماعية | |  | |  |  | |  | |
| غير ذلك | |  | |  | |  |  | |  | غير ذلك | |  | |  |  | |  | |
| غير ذلك | |  | |  | |  |  | |  | غير ذلك | |  | |  |  | |  | |
| نتائج تقييم الولاية: | | | | | | | | |  | نتائج تقييم الولاية: | | | | | | | | |
| هل الطالب في طريقه للتخرج في الوقت المحدد؟  نعم  لا | | | | | | | | |  | هل الطالب في طريقه للتخرج في الوقت المحدد؟  نعم  لا | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **الملحق B (يتبع)** | **توثيق حالة الخروج/المراقبة**  ***(للطلاب الذين يستوفون المؤهلات اللازمة للخروج من خدمات متعلم اللغة الإنجليزية)*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **المراقبة، يُتبع** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **تاريخ البدء** |  | | | | **تاريخ إخطار ولي الأمر** | | |  | | | **التاريخ المتوقع لانتهاء حالة المراقبة** *(الحد الأدنى 4 سنوات)* | | | | |  | |
| **بطاقة التقرير ونتائج تقييم الولاية** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **السنة 3** | | | | | | | | |  | **السنة 4** | | | | | | | |
| المستوى الدراسي: | | | اسم المدرسة: | | | | | |  | المستوى الدراسي: | | | اسم المدرسة: | | | | |
|  | | **س1** | | **س2** | | **س3** | **س4** | |  |  | | **س1** | | **س2** | **س3** | | **س4** |
| آداب اللغة الإنجليزية | |  | |  | |  |  | |  | آداب اللغة الإنجليزية | |  | |  |  | |  |
| الرياضيات | |  | |  | |  |  | |  | الرياضيات | |  | |  |  | |  |
| العلوم | |  | |  | |  |  | |  | العلوم | |  | |  |  | |  |
| الدراسات الاجتماعية | |  | |  | |  |  | |  | الدراسات الاجتماعية | |  | |  |  | |  |
| غير ذلك | |  | |  | |  |  | |  | غير ذلك | |  | |  |  | |  |
| غير ذلك | |  | |  | |  |  | |  | غير ذلك | |  | |  |  | |  |
| نتائج تقييم الولاية: | | | | | | | | |  | نتائج تقييم الولاية: | | | | | | | |
| هل الطالب في طريقه للتخرج في الوقت المحدد؟  نعم  لا | | | | | | | | |  | هل الطالب في طريقه للتخرج في الوقت المحدد؟  نعم  لا | | | | | | | |

إذا كانت المعلومات الموجودة في هذا النموذج تشير إلى أن الطالب متعلم اللغة الإنجليزية السابق يعاني، فقم بالإشارة إلى الخطوات التي سيتم اتخاذها لدعم الطالب والنتائج:

تم إحالة الطالب إلى خدمات التدخل (يجب استكمال الوثائق المناسبة)

تم إحالة الطالب إلى تلقي الإرشاد

تم إحالة الطالب لإعادة الفحص للحصول على خدمات متعلم اللغة الإنجليزية. لكي يتمكن الطلاب من إعادة الالتحاق ببرنامج متعلم اللغة الإنجليزية، يجب عليهم إعادة اجتياز اختبار تحديد المستوى من ELPA21 وتلبية المؤهلات. **(ينبغي القيام بذلك فقط إذا كانت اللغة تعتبر السبب الرئيسي للصعوبات الأكاديمية.)**

|  |
| --- |
| **التعليق (التعليقات) (أشر إلى الخطوات المتخذة لدعم الطالب):** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الملحق C** | | | | **قائمة مراجعة لمعلمي عسر القراءة في المرحلة الابتدائية** | | | | |
| *التعليمات:* يقوم المعلمون بإكمال هذا النموذج للمساعدة في عملية اتخاذ القرار بشأن اختيار التدخل وتنفيذه. راجع Dyslexia Support Guide (دليل دعم عسر القراءة) للحصول على إرشادات إضافية. تفضل بزيارة <https://mdek12.org/OAE/OEER/Dyslexia>. | | | | | | | | |
| **الطالب/ة** | |  | | | **المعلم** |  | **التاريخ** |  |
| **الإمكانات الأكاديمية** | | | | | | | | |
| **نعم** | **لا** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. هل يبدو أن الطالب لديه القدرة الأكاديمية لتطوير مهارات القراءة والكتابة والتهجئة؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل مهارات الطالب في القراءة أو التهجئة أو الكتابة أقل مما تتوقعه بناءً على إمكاناته الأكاديمية؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل لدى الطالب تاريخ من النجاح غير المتسق عند إكمال التقييمات و/أو الواجبات المتعلقة بالقراءة أو الكتابة أو التهجئة؟ | | | | | |
| **القراءة** | | | | | | | | |
| **نعم** | **لا** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. هل يواجه الطالب صعوبة في اكتساب مهارات المعالجة الصوتية مثل المزج والتجزئة والقافية والتلاعب بالأصوات؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يواجه الطالب صعوبة في تذكر سلسلة من الأصوات غير المألوفة؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يواجه الطالب صعوبة في تذكر الكلمات البصرية الأساسية بشكل فعال؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يواجه الطالب صعوبة في نطق الكلمات؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يفهم الطالب النص عندما يقرؤه الآخرون بصوت عالٍ؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يفتقر الطالب إلى الطلاقة عند القراءة بصوت عالٍ؟ | | | | | |
| **الأبجدية والتهجئة** | | | | | | | | |
| **نعم** | **لا** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. هل يواجه الطالب صعوبة في كتابة حروف الأبجدية بالترتيب دون نموذج؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يواجه الطالب صعوبة في تسمية الحروف المتحركة؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يواجه الطالب صعوبة في استخدام الحروف المتحركة القصيرة الصحيحة في تهجئة الكلمات؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يواجه الطالب صعوبة في التهجئة؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يرتكب الطالب أخطاء إملائية متكررة تتضمن تغيير ترتيب الحروف داخل الكلمة؟ | | | | | |
| **مهارات الكتابة اليدوية** | | | | | | | | |
| **نعم** | **لا** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. هل خط يد الطالب غالبًا ما يكون غير واضح أو فوضويًا؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يعاني الطالب من مشاكل في التوجه المكاني (على سبيل المثال، قبل/بعد، يسار/يمين، أعلى/أسفل)؟ | | | | | |
| **غير ذلك** | | | | | | | | |
| **نعم** | **لا** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. هل يعاني الطالب من مشاكل في التنظيم أو الذاكرة؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يعاني الطالب من مشاكل في التوجه المكاني (على سبيل المثال، قبل/بعد)؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يواجه الطالب صعوبة في "العثور على الكلمة الصحيحة" أو يبدو مترددًا عند محاولة الإجابة عن الأسئلة المباشرة؟ | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الملحق C** | | | | **قائمة مراجعة لمعلمي عسر القراءة في المرحلتين الإعدادية والثانوية** | | | | |
| *التعليمات:* يقوم المعلمون بإكمال هذا النموذج للمساعدة في عملية اتخاذ القرار بشأن اختيار التدخل وتنفيذه.  راجع Dyslexia Support Guide (دليل دعم عسر القراءة) للحصول على إرشادات إضافية. تفضل بزيارة <https://mdek12.org/OAE/OEER/Dyslexia>. | | | | | | | | |
| **الطالب/ة** | |  | | | **المعلم** |  | **التاريخ** |  |
| **الإمكانات الأكاديمية** | | | | | | | | |
| **نعم** | **لا** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. هل يبدو أن الطالب لديه القدرة الأكاديمية لتطوير مهارات القراءة والكتابة والتهجئة؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل مهارات الطالب في القراءة أو التهجئة أو الكتابة أقل مما تتوقعه بناءً على إمكاناته الأكاديمية؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل لدى الطالب تاريخ من النجاح غير المتسق عند إكمال التقييمات و/أو الواجبات المتعلقة بالقراءة أو الكتابة أو التهجئة؟ | | | | | |
| **القراءة** | | | | | | | | |
| **نعم** | **لا** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. هل يواجه الطالب صعوبة في فك الكلمات التي تحتوي على العديد من البادئات واللواحق؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يواجه الطالب صعوبة في تذكر سلسلة من الأصوات غير المألوفة؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يواجه الطالب صعوبة في تذكر الكلمات البصرية الأساسية بشكل فعال؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يواجه الطالب صعوبة في نطق الكلمات؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يفهم الطالب النص عندما يقرؤه الآخرون بصوت عالٍ؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يفتقر الطالب إلى الطلاقة عند القراءة بصوت عالٍ؟ | | | | | |
| **الأبجدية والتهجئة** | | | | | | | | |
| **نعم** | **لا** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. هل يواجه الطالب صعوبة في التهجئة؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يقوم الطالب في كثير من الأحيان بتهجئة نفس الكلمة بشكل مختلف أثناء المهمة؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يواجه الطالب صعوبة في استخدام الحروف المتحركة القصيرة الصحيحة في تهجئة الكلمات؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يرتكب الطالب أخطاء إملائية متكررة تتضمن تغيير ترتيب الحروف داخل الكلمة؟ | | | | | |
| **مهارات الكتابة اليدوية** | | | | | | | | |
| **نعم** | **لا** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. هل يتجنب الطالب الكتابة؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل خط يد الطالب غالبًا ما يكون غير واضح؟ (تكوين الحروف، المسافات) | | | | | |
|  |  | | 1. هل يواجه الطالب مشكلات في التلخيص والتخطيط؟ (المعالجة، التنظيم) | | | | | |
| **غير ذلك** | | | | | | | | |
| **نعم** | **لا** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. هل يعاني الطالب من مشاكل في التنظيم أو الذاكرة؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يعاني الطالب من مشاكل في التوجه المكاني (على سبيل المثال، قبل/بعد)؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يواجه الطالب صعوبة في "العثور على الكلمة الصحيحة" أو يبدو مترددًا عند محاولة الإجابة عن الأسئلة المباشرة؟ | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الملحق C** | | | | **استبيان معلومات القراءة لأولياء الأمور** | | | | |
| *التعليمات:* يقوم أولياء الأمور بإكمال هذا النموذج لمساعدة المعلم في تحديد وسائل الدعم والتدريس في الفصل الدراسي، واختيار التدخلات وتنفيذها، والموارد اللازمة لضمان نتائج ناجحة لطفلك. راجع Dyslexia Support Guide (دليل دعم عسر القراءة) للحصول على إرشادات إضافية. تفضل بزيارة <https://mdek12.org/OAE/OEER/Dyslexia>. | | | | | | | | |
| **الطالب/ة** | |  | | | **المعلم** |  | **التاريخ** |  |
|  | | | | | | | | |
| **نعم** | **لا** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. هل يعاني أي فرد من عائلتك من مشكلات في التعلم؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فاشرح. | | | | | |
|  |  | | 1. هل أنت قلق بشأن واجبات طفلك المدرسية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فاشرح. | | | | | |
|  |  | | 1. هل يتلقى طفلك أي تعليم خاص في المدرسة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فاشرح. | | | | | |
|  |  | | 1. هل يعاني طفلك من صعوبة في اتباع التعليمات؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فاشرح. | | | | | |
|  |  | | 1. هل سبق لطفلك أن أعاد صفًا دراسيًا؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو الصف؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل عانى طفلك من مشكلة في الكلام أو اللغة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فاشرح. | | | | | |
|  |  | | 1. هل يحتاج طفلك إلى قدر كبير من المساعدة في أداء واجباته المنزلية؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يقضي طفلك قدرًا كبيرًا من الوقت في إكمال واجباته المنزلية؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يبدو أن طفلك يعاني من صعوبات في القراءة والكتابة والتهجئة أكثر من المواد الأخرى؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يحب طفلك أن تقرأ له ولكنه لا يريد أن يقرأ لك؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل يعاني طفلك من صعوبات في الكتابة والنسخ والتهجئة؟ | | | | | |
|  |  | | 1. هل أصيب طفلك بمرض خطير أو مزمن؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فاشرح. | | | | | |
|  |  | | 1. هل يعاني طفلك من أي مشكلات جسدية قد تؤثر على التعلم؟  إذا كانت الإجابة بنعم، فاشرح. | | | | | |
|  |  | | 1. هل يتناول طفلك أي دواء حاليًا؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فاشرح. | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **الملحق D** | **نموذج إشعار ولي الأمر بشأن خدمات التدخل [المستوى الثاني]** |
| السيد المحترم ولي الأمر/الوصي:  كجزء من Multi-Tiered System of Supports (نظام الدعم متعدد المستويات، MTSS)، تعمل [أدخل اسم المدرسة/المنطقة] على توفير الدعم الأكاديمي والسلوكي لجميع الطلاب من خلال التدخلات (التعليم التكميلي). وسيتم توفير ذلك حسب الحاجة للطلاب الذين لا يصلون إلى مستويات التحصيل المتوقعة في القراءة و/أو الرياضيات و/أو السلوك.  بناءً على نتائج الفحص الشامل، و/أو أداء الفصل الدراسي، و/أو توصية المعلم،  **(student name)** تم التعرف عليه كطالب يمكن أن يستفيد من وسائل دعم التدخل. هذه الرسالة لإعلامك بمكان طفلك في:  **المستوى الثاني**، يمكن وصف هذا البرنامج على أفضل وجه بأنه تعليم تكميلي أو تعليم في مجموعة صغيرة يتلقاه طفلك بالإضافة إلى تعليم المستوى الأول الذي يقدمه له معلم الفصل. قد يبقى طفلك في هذه الفئة لمدة تصل إلى ثمانية (8) أسابيع قبل تحديد التقدم النهائي وتقديم المزيد من الدعم، إذا لزم الأمر.  يتضمن الدعم الإضافي الذي سيتم تقديمه لطفلك ما يلي:  [add Intervention #1 here]  [add Intervention #2 here, if applicable]  [add Intervention #3 here, if applicable]  إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف، فيُرجى الاتصال بنا عبر:  رقم الهاتف:  عنوان البريد الإلكتروني:  هدفنا من تقديم التدخلات لطفلك هو التأكد من أن  **(student name)**  سوف ينجح في تلبية توقعات ومتطلبات مستوى الصف في ولاية ميسيسيبي. سيتم مراقبة التقدم ومواصلته طوال التدخل. إذا كان لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بمعلم الفصل أو المستشار الخاص بطفلك.  مع خالص التقدير والاحترام،  [Insert school administrator/TST chair signature and title here] | |

|  |  |
| --- | --- |
| **الملحق D** | **نموذج إشعار ولي الأمر بشأن خدمات التدخل [المستوى الثالث]** |
| السيد المحترم ولي الأمر/الوصي:  كجزء من Multi-Tiered System of Supports (نظام الدعم متعدد المستويات، MTSS)، تعمل [أدخل اسم المدرسة/المنطقة] على توفير الدعم الأكاديمي والسلوكي لجميع الطلاب من خلال التدخلات (التعليم التكميلي). وسيتم توفير ذلك حسب الحاجة للطلاب الذين لا يصلون إلى مستويات التحصيل المتوقعة في القراءة و/أو الرياضيات و/أو السلوك.  بناءً على نتائج الفحص الشامل، و/أو أداء الفصل الدراسي، و/أو توصية المعلم،  **(student name)** تم التعرف عليه كطالب يمكن أن يستفيد من وسائل دعم التدخل. هذه الرسالة لإعلامك بمكان طفلك في:  **المستوى الثالث،** يمكن وصفه على أفضل وجه بأنه تدخلات مكثفة تحدث يوميًا وبإرشاد من فريق دعم المعلمين. قد يبقى طفلك في هذه الفئة لمدة تصل إلى 8-16 أسبوعًا قبل تحديد التقدم النهائي وتقديم المزيد من الدعم، إذا لزم الأمر.  يتضمن الدعم الإضافي الذي سيتم تقديمه لطفلك ما يلي:  [add Intervention #1 here]  [add Intervention #2 here, if applicable]  [add Intervention #3 here, if applicable] | |
| إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف أو لم تتمكن من حضور الاجتماع، فيُرجى الاتصال بنا عبر:  رقم الهاتف:  عنوان البريد الإلكتروني:  هدفنا من تقديم التدخلات لطفلك هو التأكد من أن  **(student name)**  سوف ينجح في تلبية توقعات ومتطلبات مستوى الصف في ولاية ميسيسيبي. سيتم مراقبة التقدم ومواصلته طوال التدخل. إذا كان لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بمعلم الفصل أو المستشار الخاص بطفلك.  مع خالص التقدير والاحترام،  [Insert school administrator/TST chair signature and title here] | |

|  |  |
| --- | --- |
| **الملحق E** | **خطة القراءة الفردية** |

|  |  |
| --- | --- |
| **برنامج تدريس القراءة** | |
| ما هو البرنامج المبني على الأدلة الذي سيتم استخدامه لتقديم تدريس القراءة الأساسية الواضح والمنهجي خلال فترة القراءة المطلوبة لمدة 90 دقيقة؟    ما هو البرنامج المبني على الأدلة الذي سيتم استخدامه لتقديم تدخل قراءة واضح ومنهجي بالإضافة إلى فترة القراءة المطلوبة لمدة 90 دقيقة؟ | حدد المجالات التي يتناولها برنامج القراءة الأساسية:  الوعي بالصوتيات  علم الأصوات  الطلاقة  المفردات  الفهم  *المواد التكميلية الإضافية (إن وجدت):* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **دعم ولي الأمر** *(خطة القراءة المنزلية لأولياء الأمور)* | | | |
| مجال (مجالات) العجز المستهدفة: | | يوصى أولياء الأمور/الأسر باستخدام الاستراتيجيات التالية لمساعدة الطالب على تحقيق كفاءة في القراءة: | |
| **تم استلام إشعار كتابي من ولي الأمر** | | **تم استلام خطة القراءة المنزلية لأولياء الأمور** | |
| **توقيع ولي الأمر:** | **التاريخ:** | **توقيع ولي الأمر:** | **التاريخ:** |

|  |
| --- |
| **خدمات إضافية** |
| أشر إلى أي خدمات إضافية يراها المعلم متاحة ومناسبة لتسريع تطوير مهارة القراءة لدى الطالب، إذا لزم الأمر: |

|  |  |
| --- | --- |
| **الملحق E (يُتبع)** | **قائمة التحقق من الاتساق مع خطة القراءة الفردية/MTSS** |

|  |  | |  |  | | |  |  | | **التاريخ** |  | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الطالب/ة** |  | | | | **المعلم** |  | | | | | | **الصف** |  |
| *بعد تحديد وجود نقص كبير في القراءة، يجب توثيق تدريس القراءة المكثف والتدخل لكل طالب في خطة قراءة فردية، والتي تتضمن، على الأقل، الوثائق التالية.*  **ضع علامة اختيار في المربع بمجرد الانتهاء من توثيق هذه القطعة في حزمة وثائق MTSS.** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | (أ) أوجه القصور المحددة في مهارات القراءة لدى الطالب والتي تم تشخيصها كما تم تحديدها (أو تعريفها) من خلال بيانات التقييم التشخيصي ونقاط البيانات المرتبطة الأخرى؛ | | | | | | | **حزمة وثائق MTSS**: المستوى الثالث *القسم 3ب؛ الصفحة 14* | | | | |
|  | | (ب) أهداف ومعايير النمو؛ | | | | | | | **حزمة وثائق MTSS**: المستوى الثالث *القسم 3ب؛ 3د؛ الصفحة 14، 16* | | | | |
|  | | (ج) كيفية رصد التقدم وتقييمه؛ | | | | | | | **حزمة وثائق MTSS:** المستوى الثالث *القسم 3ب، 3ج، 3د؛ الصفحة 14-16* | | | | |
|  | | (د) نوع الخدمات والتدخلات التعليمية الإضافية التي سيتلقاها الطالب؛ | | | | | | | **حزمة وثائق MTSS:** المستوى الثالث *القسم 3ب؛ الصفحة 14* | | | | |
|  | | (هـ) برنامج تعليم القراءة المبني على البحث والذي سيستخدمه المعلم لتقديم تدريس القراءة، مع معالجة مجالات الوعي بالصوتيات، وعلم الأصوات، والطلاقة، والمفردات والفهم؛ | | | | | | | **حزمة وثائق MTSS**:  *الملحق هـ* | | | | |
|  | | (و) الاستراتيجيات التي يتم تشجيع أسرة الطالب على استخدامها لمساعدة الطالب على تحقيق الكفاءة في القراءة؛ وكذلك | | | | | | | **حزمة وثائق MTSS**:  *الملحق هـ* | | | | |
|  | | (ز) أي خدمات إضافية يراها المعلم متاحة ومناسبة لتسريع تطوير مهارات القراءة لدى الطالب | | | | | | | **حزمة وثائق MTSS**:  *الملحق هـ* | | | | |

**ملحوظة:** *تتوافق خطة القراءة الفردية مع وثائق الطالب المطلوبة لـ Multi-Tiered System of Supports (نظام الدعم متعدد المستويات، MTSS)* ***\*المستوى الثالث (التدخل المكثف)****.* *يمكن استخدام هذه الصفحات عند الاجتماع مع Teacher Support Team لكل طالب لم يستجب للتدخلات من المستوى الثاني أو يحتاج إلى تدخلات مكثفة إضافية في المستوى الثالث؛* *طلاب الصف الرابع الذين يحتاجون إلى تدخل مكثف بعد ترقية الإعفاء لأسباب وجيهة؛* *أو لتدخلات القراءة المكثفة لمتعلمي اللغة الإنجليزية (ELs).*

***لا يُطلب من المعلمين تطوير Individual Reading Plan (خطة قراءة فردية، IRP) إذا كان لدى الطالب حاليًا Individualized Education Program (برنامج تعليم فردي، IEP) تتضمن أهداف القراءة****.* *ومع ذلك، إذا لم يعالج IEP الخاص بالطالب حاليًا صعوبات القراءة ثم أصيب الطالب لاحقًا بعجز في القراءة، فيجب على معلم التعليم العام ومعلم تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة التعاون لتحديد ما إذا كانت هناك حاجة إلى إضافة الأهداف إلى IEP أو ما إذا كانت IRP هي الأكثر ملاءمة.* *إذا كان لدى الطالب IEP تحتوي فقط على أهداف في الرياضيات، ثم بدأ الطالب لاحقًا يواجه صعوبة في القراءة، فيجب كتابة IRP للطلاب من مرحلة الروضة إلى الصف الرابع.* *ينبغي أن تحدد الاحتياجات الفردية للطالب الأهداف والدعم المقدم.* *يجب على معلم التعليم العام ومعلم تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة العمل بشكل تعاوني لتطوير وتنفيذ IEP ومواصلة مراقبة التقدم كما هو موضح في IEP.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الملحق F** | | | | | **(نموذج توثيق الإعفاء لأسباب وجيهة:  Good Cause Exemption Documentation Form) (LBPA)** | | | | | | | | | | | | | |
| **اسم الطالب\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| تم إرسال إشعار إلى أولياء الأمور/الأوصياء يفيد بأنه تم تحديد الطالب  على أنه يعاني من عسر في القراءة ومع كل تقرير تقدم ربع سنوي. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **التاريخ:** | **التاريخ:** | | | | | | **التاريخ:** | | | | | **التاريخ:** | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | تم إنشاء IRP (يرجى إرفاقها إذا كان ذلك ممكنًا.) | تم إرسال خطة القراءة المنزلية إلى أولياء الأمور/الأوصياء. | | **التاريخ:** | **التاريخ:** | |  |  |  | **الإعفاء** | **الوصف** | **الوثائق المطلوبة** | | --- | --- | --- | | A  **(طلاب اللغة الإنجليزية)**    **(يمكن التقديم بعد حصول الطالب على علامة "لا يفي" في الاختبار الأولي)** | طلاب اللغة الإنجليزية الذين درسوا لمدة أقل من عامين في برنامج اللغة الإنجليزية. | * نموذج توثيق الإعفاء لأسباب وجيهة (GCE) * نموذج خطة خدمات اللغة الحالية * لقطة شاشة تراكمية للإدراج/MSIS تشير إلى حالة الخدمة | | طلاب اللغة الإنجليزية الذين درسوا لمدة أكبر من عامين في برنامج اللغة الإنجليزية. | * نموذج توثيق الإعفاء لأسباب وجيهة (GCE) * نموذج خطة خدمات اللغة الحالية * لقطة شاشة تراكمية للإدراج/MSIS تشير إلى حالة الخدمة * تقارير كفاءة الطالب في English Language Proficiency Test (اختبار الكفاءة في اللغة الإنجليزية، ELPT) لكل عام مسجل تُظهر أداءً أقل من المستوى 4 (متمكن) في مجالات القراءة والكتابة   **و**   * Language Service Plan (خطة خدمات اللغة، LSP) لكل عام مسجل بما في ذلك هدف مجال القراءة الذي تم دعمه   **و**   * نتائج أداة فحص القراءة لكل سنة تسجيل تُظهر مستوى أقل من الصف   **و**   * مستندات MTSS لكل عام تسجيل ويجب أن تتضمن مستندات المستوى الثالث لدعم القراءة الأكاديمية.     يجب أن تكون جميع المعايير الأربعة (4) مطلوبة لإثبات اكتساب اللغة وتوفير وسائل دعم القراءة. قم بتضمين جميع البيانات المتوفرة من المدارس السابقة. | | **B**  **(SCD أو حالة طبية طارئة معتمدة)** | أشار الطلاب إلى SCD. يجب تطبيق هذا في العام الذي يأخذ فيه الطالب الصف الثالث MAAP-A. (عمر الزملاء/صف الزملاء = 8 بحلول الأول من سبتمبر من العام الدراسي الحالي) | * نموذج توثيق الإعفاء لأسباب وجيهة (GCE) * صفحة IEP الحالية بما في ذلك تحديد SCD   ***أو***   * لقطة شاشة MSIS لمؤشر SCD المميز | | طالب يمر بحالة طبية طارئة خطيرة. | * [نموذج توثيق الإعفاء لأسباب وجيهة](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf) (GCE) * اعتماد حالة طبية طارئة من Caveon | | **C**  **(طلاب IEP/504)**  **(يمكن التقديم بعد حصول الطالب على علامة "لا يفي" في الاختبار الأولي)** | طلاب IEP/504 الذين  تم إبقاؤهم مرة واحدة سابقًا | * نموذج توثيق الإعفاء لأسباب وجيهة (GCE) * IEP/504 الحالي * لقطة شاشة للإدراج التراكمي/MSIS   **(يشير إلى البقاء لمدة عام واحد)** | | **أو** | | | حصل على سنتين من **التدخل في القراءة** | * [نموذج توثيق الإعفاء لأسباب وجيهة](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf) (GCE) * IEP/504 الحالي * لقطة شاشة للإدراج التراكمي/MSIS * *إثبات على تلقي سنتين من* ***التدخل في القراءة*** *عبر:* * مراقبة أهداف القراءة في IEP للسنوات السابقة   ***أو***   * سنتين من وثائق **المستوى الثالث** من MTSS   ***أو***   * مزيج من أهداف IEP التي تتم مراقبتها وأوراق العمل الخاصة بالمستوى | | علاج عسر القراءة، يتم إجراؤه خارج ساعات الدراسة وفقًا  [لرمز MS 37-173-21](https://law.justia.com/codes/mississippi/2019/title-37/chapter-173/section-37-173-21/) | * [نموذج توثيق الإعفاء لأسباب وجيهة](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf) (GCE) * توثيق معايير كل جدول * سجل الساعات والخدمات موقع من قبل موظفين مؤهلين. | | **D**  **(أي طالب يعيد اختبار)**  **(يمكن التقديم بعد اجتياز الطالب لإعادة الامتحان الأولى أو الثانية)** | الطلاب الذين اجتازوا التقييم البديل **(إعادة الاختبار 1 أو إعادة الاختبار 2)** | * نموذج توثيق الإعفاء لأسباب وجيهة (GCE) * تقرير فردي للطالب يوضح نجاحه | | **E**  **(التعليم العام)**  **(يمكن التقديم بعد حصول الطالب على علامة "لا يفي" في الاختبار الأولي)** | الطلاب الذين **فشلوا مرتين قبل العام الدراسي الحالي**  **و**  الذين تلقوا عامين من تدخل القراءة المكثف **(لا يشترط أن تكون السنوات متتالية).** | * [نموذج توثيق الإعفاء لأسباب وجيهة](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf) (GCE) * لقطة شاشة تراكمية للإدراج/MSIS (**تشير إلى البقاء مرتين)** * سنتين من وثائق **المستوى الثالث** من MTSS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| طلب المعلم تقديم وثائق الإعفاء لأسباب وجيهة إلى المدير. | | | قام المدير بمراجعة التوصيات ومناقشتها مع المعلم وولي الأمر. | | | | | قدم المدير الوثائق إلى المشرف. | | | | | قرار المشرف:  **القبول**  **الرفض** | | | | | |
| **التاريخ:** | | | **التاريخ:** | | | | | **التاريخ:** | | | | | **التاريخ:** | | | | | |
| **القرار** | | **البقاء  الترقية بناءً على الإعفاء لأسباب وجيهة** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **التعليقات:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| تم الإكمال بواسطة: | | | |  | | | | | | الوظيفة: |  | | | التاريخ: | | |  | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| ولي الأمر/الوصي (بخط واضح) | | | | | |  | | | التوقيع | | | | | |  | التاريخ | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| المعلم (بخط واضح) | | | | | |  | | | التوقيع | | | | | |  | التاريخ | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| المدير (بخط واضح) | | | | | |  | | | التوقيع | | | | | |  | التاريخ | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| المشرف (بخط واضح) | | | | | |  | | | التوقيع | | | | | |  | التاريخ | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **APPENDIX I** | **Chinese Translated documents  *(for use when meeting with parents/guardians of English learners as needed)*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **第 2A.1 部分** | **干预会议文件** | | | | | | | |
| *说明：* **教师，** 如果课堂数据、普遍筛查数据和其他可用信息未显示足够的学生进步情况并且需要进一步支持，请填写此表格。 附上已完成的**第 1A 部分、第 1B 部分或第 1C 部分；** **第 1D 部分。** | | | | | | | | |
| **致：** **TEACHER SUPPORT TEAM（教师支持团队）负责人** | | | | | | | | |
| 我请求审查(student name) 现有数据，以帮助提供干预措施来提高他/她的整体成绩。 我观察到以下几个方面的问题影响了他/她的学习进步：  学业成绩、成绩低或不及格  行为和/或纪律  其他，请注明： | |  | | 为学生提供的一级支持： | | | | |
|  | |
| 教师： | | 家长： | | | | 会议日期： | 干预实施日期： | |
|  | |  | | | |  | （必须在 2 周内进行） | |
|  | | | | | | | | |
| **讨论摘要（如有需要，请在续页上填写）：** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **出席人员签名** | | | **头衔** | | **出席人员签名** | | | **头衔** |
|  | | | 管理员 | |  | | | 家长 |
|  | | | 干预者 | |  | | | 辅导员 |
|  | | | 教师 | |  | | | 其他 |
| **建议的后续步骤** | | | | | | | | |
| 联系家长  在需要的领域实施学业二级干预：  阅读  数学  语言艺术  其他  实施行为二级干预  召开学生会议  进行行为观察（ABC 数据）  干预不成功  调整当前行为干预并继续进行二级干预  其他： | | | | | 返回一级普通教育课堂  继续在普通教育课堂（二级）进行教学干预  管理发育筛查（5 岁，在校）  管理听力/视力筛查  请求医疗跟进  转介学校辅导员  转介社区机构  完成教师叙述包  转介 Teacher Support Team | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **第 3E 部分** | **Teacher Support Team 邀请** |

|  |  |
| --- | --- |
| **学生姓名** |  |
| **教师姓名** |  |
| **学校** |  |
| **日期** |  |

尊敬的家长/监护人：

Teacher Support Team（教师支持团队，TST）想邀请您参加有关您孩子在校学习进步情况的会议。 TST 的目的是审查和考虑所有可用的信息，并推荐额外的教育策略和干预措施，以进一步帮助您的孩子。  
 TST 可能由管理员、教师、干预者、辅导员和其他可能与您的孩子一起工作的个人组成。 我们欢迎并希望您参与其中，以便您既可以参与其中，又可以了解我们为更好地支持您孩子的学习所做的努力。  
 如果您无法参加会议，我们将提供会议记录副本供您审阅。

计划为 (Student Name) 安排一次会议，讨论其学业行为进展情况。

日期：

时间：

地点：

我可以亲自参加。

我可以线上参加。

我无法参加，请将会议记录副本发给我。

家长签名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

如果您有任何问题或疑虑，请通过以下方式联系我：

电话号码：

电子邮件地址：

此致。

[Insert school administrator/TST chair signature and title here]

|  |  |
| --- | --- |
| **第 3F 部分** | **保密声明** |

**注意：***此表格应在参与 TST 流程之前填写。*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **学生姓名** |  | **学年** |  |

我同意，与 TST 流程有关的 所有信息（即教师和学生信息、学校成绩数据、 特定人口统计数据等）都将严格保密。 我不会因任何原因联系此 TST 流程官方职能之外的任何人，也不会记录或复印流程中使用的任何文件。 如需了解更多情况，请访问 <https://www.mdek12.org/OTSS/MSIS/FERPA>。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *签名* |  | *头衔* |  | *日期* |
|  |  |  |  |  |
| *签名* |  | *头衔* |  | *日期* |
|  |  |  |  |  |
| *签名* |  | *头衔* |  | *日期* |
|  |  |  |  |  |
| *签名* |  | *头衔* |  | *日期* |
|  |  |  |  |  |
| *签名* |  | *头衔* |  | *日期* |
|  |  |  |  |  |
| *签名* |  | *头衔* |  | *日期* |
|  |  |  |  |  |
| *签名* |  | *头衔* |  | *日期* |
|  |  |  |  |  |
| *签名* |  | *头衔* |  | *日期* |
|  |  |  |  |  |
| *签名* |  | *头衔* |  | *日期* |
|  |  |  |  |  |
| *签名* |  | *头衔* |  | *日期* |

|  |  |
| --- | --- |
| **第 3G 部分** | **年底 Multi-Tiered System of Supports（多层级支持系统，MTSS）信息** |

*说明：* 为所有接受二级或三级干预支持的学生填写《年底 MTSS 信息》表。 务必在学生的累积文件夹里放一份。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **学生** |  | | **教师** |  | | |
| **学校** |  | | **学年** |  | **年级** |  |
| **辅导员** |  | | **干预者** |  | | |
| **以前重读过的年级** | |  | **升级/留级** |  | | |
| **本**      **学年**推荐的层级安排 | | **阅读** | **数学** | **行为** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **普遍筛查工具/基准** | | | **阅读障碍筛查工具** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **秋季年初成绩** | **冬季年中成绩** | **春季年末成绩** | | **阅读** |  |  |  | | **数学** |  |  |  | | **行为** |  |  |  | | | | |  |  | | --- | --- | |  | **及格/不及格** | | **幼儿园（春季）** |  | | **1 年级（秋季）** |  | |
| **出勤率** | **年终成绩** | | **行为** |
| |  | | --- | | **本学年缺勤天数** | |  | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **英语语言艺术** | **数学** | **科学** | **社会研究** | |  |  |  |  | | | |  |  | | --- | --- | | **校外停课** |  | | **校内停课** |  | | **办公室转介** |  | |
| **综合评估** | | **干预方案** | |
| 学生是否接受过综合评估？  是  否   |  |  | | --- | --- | | **日期** |  | | | 描述所采用的干预方案/策略。 | |
| **外部测试** | |
| 累积记录中是否有任何以前的外部测试和/或医疗记录？  是  否   |  |  | | --- | --- | | **日期** |  | | **诊断** | | | |
| **学年结束时的支持分级** | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **第一级** | | **第二级** | | **第三级** | | | 阅读 |  | 阅读 |  | 阅读 |  | | 数学 |  | 数学 |  | 数学 |  | | 行为 |  | 行为 |  | 行为 |  | | | | |

|  |
| --- |
| **学生曾经** |
| 离家出走  在学校偷东西时被抓  未经允许离开课堂  咒骂学校人员  威胁伤害学校人员或希望伤害学校人员  因打架被停学  企图自杀  在学校违反烟草规定  在学校违反毒品/酒精规定 |
| **课堂兴趣** |
| 高  一般  低  其他，请注明： |
| **课堂参与** |
| 几乎总是  经常  偶尔  很少 |
| **课堂准备** |
| 总是携带必要的用品  通常携带用品  很少带用品来上课  从不带用品来上课 |
| **积极性** |
| 完成家庭作业  完成大约一半的作业  容易放弃  在开始做作业时有困难 |
| **据您所知** |
| 该学生与法院系统有关。  该学生正在接受心理咨询。  该学生正在接受药物治疗。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **附录 A** | **社交/情感工作表** |
| *说明：* 课堂教师或辅导员应完成此清单，以帮助收集信息，以确定学生是否需要第二级或第三级行为干预。  **注意：**此工作表不是行为筛查工具。 如需行为筛查资源，请访问 [https://mdek12.org/OAE/OEER/ InterventionServices](https://mdek12.org/OAE/OEER/%20InterventionServices)。 | |

|  |  |
| --- | --- |
| **学生姓名** | **日期** |
| **学生在课堂上捣乱** | |
| 坐立不安  过于活跃  不留在座位上  没轮到自己说话就插嘴  打扰正在做功课的其他人  不断寻求关注  对他人过于咄咄逼人（即 打架）  对教师和其他权威人士表现出好斗态度  挑衅或固执  冲动  等不及轮到自己  不考虑后果地行动 | |
| **学生退学** | |
| 害羞、胆小  在交朋友方面有困难，在餐厅独自就座  不参加课堂小组活动  过于遵守规则  看起来在做白日梦或与课堂脱节  难以表达感受 | |
| **学生焦虑** | |
| 显得沮丧  很少微笑  显得紧张  显得害怕或担心  容易哭泣  不信任他人 | |
| **其他社交/情感行为** | |
| 缺乏自信  未尝试就说“做不到”  对失望反应不佳  对失望过于敏感  依赖他人  依附于成年人  假装生病  仪容仪表或个人卫生不佳 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附录 B** | | | | | **Language Service Plan（语言服务计划，LSP）*（针对英语水平有限的学生）*** | | | | | | | | | | | |
| 此表格应由负责为英语语言学生和课堂教师提供教学计划的个人填写。 此表格应每年更新。 **填写此表的人** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **学生姓名** | |  | | | | | | | | **出生日期** |  | | | **年龄** | |  |
| **主要语言** | | | |  | | | | | **家庭语言** | | |  | | | | |
| **其他**  **语言** | | |  | | | | **首次入读美国** **学校的日期** | |  | | | **移民身份**（< 3 岁） | | |  | |
| **家长/监护人姓名** | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **电话** | （住宅电话） | | | | | | | （办公电话） | | | | | （移动电话） | | | |
| **家庭/学校**与父母/监护人的沟通要求使用： | | | | | | | | 英语 **或**  母语：        口语 **或**  书面语 | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **进入当前学区前的学业经历** | | | | | | | | | | | | | | |
| 入学年龄 |  | | | 学前班/幼儿园就读年数 | | |  | 1-5 年级就读年数 | |  | | 6-12 年级就读年数 | |  |
| 完成的最后一个年级 | |  | | | 中断正规教育  有限的学校教育  无正规学校教育 | | | | | | | | | |
| 学生是否被转介接受特殊教育？ | | | 是  否 | | | 孩子是否有 Individualized Education Program（个性化教育方案，IEP）？ | | | 是  否 | | 孩子是否有  504 计划？ | | 是  否 | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **学业成绩水平历史记录** | | | | |
| **科目** | **低于  年级水平** | **等于或高于年级水平** | **用于确定**  **水平的方法** | **无信息** |
| *示例：* *数学* | *X* |  | *上一年的课程成绩 (D)* |  |
| 数学 |  |  |  |  |
| 阅读 |  |  |  |  |
| 写作 |  |  |  |  |
| 社会研究 |  |  |  |  |
| 科学 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENGLISH LANGUAGE PROFICIENCY TEST（英语语言能力测试，ELPT）信息** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **测试** | **日期** | **得分** | **等级** | **日期** | **得分** | **等级** | **日期** | **得分** | **等级** | **日期** | **得分** | **等级** | **日期** | **得分** | **等级** |
| ELPT  口语 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ELPT  听力 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ELPT  阅读 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ELPT  写作 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **综合**  **得分** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **附录 B（续）** | **Language Service Plan（语言服务计划，LSP） *（针对英语水平有限的学生）*** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **英语学习者服务** | | | | | |
| 确定英语学习者方案的日期： | | 加入英语学习者方案的日期： | | | |
| 学生将接受**分钟（每周       天**）直接英语学习者服务 | | | | | |
| 学生将被安排在英语学习者班级学习一个学分*（仅限 7-12 年级）***学年：** **学期：** | | | | | |
| 家长拒绝服务（学校仍有义务提供服务） | | | 备注： |  | |
| 学生被认定为 Long Term English Learner（长期英语学习者，LTEL）所需的年数： | | | | | |
| 列出每个领域（听力、口语、阅读和写作）的具体可衡量目标： | | | | | |
| **听力** | **口语** | **阅读** | | | **写作** |
|  |  |  | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **标准化测试便利措施** | | |
| 请参阅最新版 [**Mississippi Test Accommodations Manual**](https://www.mdek12.org/OSA)（《密西西比州考试便利措施手册》，了解每项评估允许的便利措施。 指定每项测试便利措施、便利措施代码以及便利措施适用的每项标准化测试。 注意： 以下列出的便利措施必须在常规课堂评估和全区范围的评估中使用后，方可用于全州范围的评估。 | | |
| **便利措施** | **代码 #** | **测试** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **附录 B（续）** | **Language Service Plan（语言服务计划，LSP）*（针对英语水平有限的学生）*** |

所有测试便利措施都是课堂便利措施，但并非所有课堂便利措施都是全州范围的测试便利措施。

|  |  |
| --- | --- |
| **课堂教学支持和便利措施/调整** | |
| 为了满足该孩子的需求，以下是在常规课堂教学中可以采用的建议： | |
| 用英语解释或重复指示  个人提示  向个别学生或小组宣读考试指示（但不读考试题目）——如果需要，重复和/或解释指示  仅用英语向考试管理员/监考员（书记员）口述答案  提供朗读测试题目的支持（口头测试）  允许使用母语单词对单词词典/电子词典（不含释义）  以与学习/复习相同的措辞提出问题  减少和/或修改课堂和家庭作业  修改评估方式（如口头测试）  将任务/指示分解为子任务  增加学生思考时间  额外提供完成作业和测试的时间  Extended School Services（扩展学校服务，ESS）  提前提供课堂讨论的问题  在房间里贴上标签  预览学业内容 | 提供精简作业  与学生交流时正面朝向学生并放慢语速  书写时使用印刷体而非草书； 所有笔记、考试、讲义应打字或打印输出  选用高兴趣/低词汇量的文本材料  使用投影仪并为学生提供教师的幻灯片/讲义/讲座内容的复印件  采用视觉化教学，如使用图示组织工具、图片、地图、图表等辅助理解  突出显示/使用颜色标注任务、指示和家长通知信件  为英语学习者配对一名讲英语的“同伴伙伴”以提供帮助  提供优先座位安排或安排与同伴伙伴同坐  经常检查学生的理解情况  提出让学生能够成功回答的问题  给予学生成功朗读的机会  使用教具  使用有声读物  录制学习材料供学生听取  词汇匹配/填空练习（带单词）  其他： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LSP 制定人员** | | |
| *通过签署本表，我表明我已阅读并理解 LSP 的信息。* | | |
| **校长***签名* **印刷体姓名** |  | **家长***签名* **印刷体姓名** |
| **英语学习者协调员***签名* **印刷体姓名** |  | **家长***签名* **印刷体姓名** |
| **英语学习者教师***签名* **印刷体姓名** |  | **学生***签名* **印刷体姓名** |
| **教师***签名* **印刷体姓名** |  | **口译员***签名* **印刷体姓名** |
| **教师***签名* **印刷体姓名** |  | **日期** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附录 B（续）** | | | | **退出/监测状态文档**  ***（适用于符合退出英语学习者服务资格的学生）*** | | | | | | | |
| 本表应由负责退出和监测该学生的相关人员填写。 | | | | | | | | | | | |
| **学生姓名** | |  | | | | | | **出生日期** | | |  |
| **家长/监护人姓名** | | |  | | | | | | | | |
| **电话** | （住宅电话） | | | | | （办公电话） | | | （移动电话） | | |
| **家庭/学校**与父母/监护人的沟通要求使用： | | | | | 英语 **或**  母语：  口语 **或**  书面语 | | | | | | |
| **负责填写此表的人员** | | | | | | | | | | | |
| **第 1 年** | | | **第 2 年** | | | | **第 3 年** | | | **第 4 年** | |
|  | | |  | | | |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **英语学习者退出信息** | | | | | |
| **退出资格日期** | |  | | | |
| 学生必须在 ELPA21 评估的阅读、写作和整体评分中获得 4 或 5 分，方可退出英语学习者身份。 确定退出英语学习者身份的标准（ELPT 考试成绩）： 考试日期： | | | | | |
| **听力** | **口语** | | **阅读\*** | **写作\*** | **总体\*** |
|  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **监测期** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **开始日期** |  | | | | **家长通知日期** | | |  | | | **预计监测状态结束日期***（至少 4 年）：* | | | | |  | |
| **成绩单和州级评估成绩** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **第 1 年** | | | | | | | | |  | **第 2 年** | | | | | | | | |
| 年级： | | | 学校名称： | | | | | |  | 年级: | | | 学校名称： | | | | | |
|  | | **第 1 季度** | | **第 2 季度** | | **第 3 季度** | **第 4 季度** | |  |  | | **第 1 季度** | | **第 2 季度** | **第 3 季度** | | **第 4 季度** | |
| 英语语言艺术 | |  | |  | |  |  | |  | 英语语言艺术 | |  | |  |  | |  | |
| 数学 | |  | |  | |  |  | |  | 数学 | |  | |  |  | |  | |
| 科学 | |  | |  | |  |  | |  | 科学 | |  | |  |  | |  | |
| 社会研究 | |  | |  | |  |  | |  | 社会研究 | |  | |  |  | |  | |
| 其他 | |  | |  | |  |  | |  | 其他 | |  | |  |  | |  | |
| 其他 | |  | |  | |  |  | |  | 其他 | |  | |  |  | |  | |
| 州级评估成绩： | | | | | | | | |  | 州级评估成绩： | | | | | | | | |
| 学生是否按时毕业？  是  否 | | | | | | | | |  | 学生是否按时毕业？  是  否 | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **附录 B（续）** | **退出/监测状态文档**  ***（适用于符合退出英语学习者服务资格的学生）*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **监测期（续）** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **开始日期** |  | | | | **家长通知日期** | | |  | | | **预计监测状态结束日期***（至少 4 年）：* | | | | |  | |
| **成绩单和州级评估成绩** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **第 3 年** | | | | | | | | |  | **第 4 年** | | | | | | | |
| 年级： | | | 学校名称： | | | | | |  | 年级: | | | 学校名称： | | | | |
|  | | **第 1 季度** | | **第 2 季度** | | **第 3 季度** | **第 4 季度** | |  |  | | **第 1 季度** | | **第 2 季度** | **第 3 季度** | | **第 4 季度** |
| 英语语言艺术 | |  | |  | |  |  | |  | 英语语言艺术 | |  | |  |  | |  |
| 数学 | |  | |  | |  |  | |  | 数学 | |  | |  |  | |  |
| 科学 | |  | |  | |  |  | |  | 科学 | |  | |  |  | |  |
| 社会研究 | |  | |  | |  |  | |  | 社会研究 | |  | |  |  | |  |
| 其他 | |  | |  | |  |  | |  | 其他 | |  | |  |  | |  |
| 其他 | |  | |  | |  |  | |  | 其他 | |  | |  |  | |  |
| 州级评估成绩： | | | | | | | | |  | 州级评估成绩： | | | | | | | |
| 学生是否按时毕业？  是  否 | | | | | | | | |  | 学生是否按时毕业？  是  否 | | | | | | | |

如果本表格信息显示该前英语语言学生在学习上遇到困难，请注明将采取的支持措施及结果：

学生已被转介接受干预服务（必须填写相应文件）

学生已被转介接受心理辅导

学生已被转介重新筛查英语学习者服务。 学生必须重新参加 ELPA21 分班测试，并符合重新参加英语学习者方案资格要求。   
  
 **（只有在语言被认为是学业困难的主要原因时，才应重新进行测试。）**

|  |
| --- |
| **备注（请注明支持该学生的具体措施）：** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附录 C** | | | | **小学教师阅读障碍检查表** | | | | |
| *说明：* 教师填写此表，以辅助决策干预措施的选择和实施。 请参考 Dyslexia Support Guide（《阅读障碍支持指南》），获取更多指导信息。 访问 <https://mdek12.org/OAE/OEER/Dyslexia>。 | | | | | | | | |
| **学生** | |  | | | **教师** |  | **日期** |  |
| **学业潜力** | | | | | | | | |
| **是** | **否** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否具有学习阅读、写作和拼写技能的学术能力？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生的阅读、拼写或写作能力是否低于其学业潜力所能预期的水平？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生在阅读、写作或拼写相关的评估或作业中是否表现不稳定？ | | | | | |
| **阅读** | | | | | | | | |
| **是** | **否** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否在获得语音处理技能（如拼读、分割、押韵和操控声音）方面存在困难？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否在记住一串陌生的声音时存在困难？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否难以回忆基本的高频词？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否在拼读单词时遇到困难？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否能够理解他人朗读的文本？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生朗读时是否缺乏流畅度？ | | | | | |
| **字母和拼写能力** | | | | | | | | |
| **是** | **否** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否在没有参考样本的情况下难以按顺序书写字母？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否难以正确说出元音？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否在拼写单词时难以正确使用短元音？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否在拼写时经常出错？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生的拼写错误是否经常涉及字母顺序的变化？ | | | | | |
| **书写技能** | | | | | | | | |
| **是** | **否** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. 学生的书写是否经常难以辨认或凌乱？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否在空间定位方面存在问题（如 前/后、左/右、上/下）？ | | | | | |
| **其他** | | | | | | | | |
| **是** | **否** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否在组织或记忆方面存在问题？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否在空间定位方面存在问题（如 如前/后）？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否在表达准确的词汇时遇到困难，或在回答直接问题时犹豫不决？ | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附录 C** | | | | **中学及高中教师阅读障碍检查表** | | | | |
| *说明：* 教师填写此表，以辅助决策干预措施的选择和实施。  请参考 Dyslexia Support Guide（《阅读障碍支持指南》），获取更多指导信息。 访问 <https://mdek12.org/OAE/OEER/Dyslexia>。 | | | | | | | | |
| **学生** | |  | | | **教师** |  | **日期** |  |
| **学业潜力** | | | | | | | | |
| **是** | **否** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否具有学习阅读、写作和拼写技能的学术能力？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生的阅读、拼写或写作能力是否低于其学业潜力所能预期的水平？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生在阅读、写作或拼写相关的评估或作业中是否表现不稳定？ | | | | | |
| **阅读** | | | | | | | | |
| **是** | **否** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否在解码带有多个前缀和后缀的单词时遇到困难？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否在记住一串陌生的声音时存在困难？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否难以回忆基本的高频词？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否在拼读单词时遇到困难？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否能够理解他人朗读的文本？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生朗读时是否缺乏流畅度？ | | | | | |
| **字母和拼写能力** | | | | | | | | |
| **是** | **否** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否难以拼写？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生在同一篇作业中是否经常拼写同一个单词时使用不同拼法？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否在拼写单词时难以正确使用短元音？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生的拼写错误是否经常涉及字母顺序的变化？ | | | | | |
| **书写技能** | | | | | | | | |
| **是** | **否** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否避免写作？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生的书写是否经常难以辨认？ （字母书写、间距） | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否在总结和提纲整理方面存在问题？ （思维过程、组织能力） | | | | | |
| **其他** | | | | | | | | |
| **是** | **否** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否在组织或记忆方面存在问题？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否在空间定位方面存在问题（如 如前/后）？ | | | | | |
|  |  | | 1. 学生是否在表达准确的词汇时遇到困难，或在回答直接问题时犹豫不决？ | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附录 C** | | | | **家长阅读信息问卷** | | | | |
| *说明：* 家长填写此表，以协助教师确定课堂支持、教学策略、干预措施的选择和实施，以及学生所需的资源，以确保其学习成功。 请参考 Dyslexia Support Guide（《阅读障碍支持指南》），获取更多指导信息。 访问 <https://mdek12.org/OAE/OEER/Dyslexia>。 | | | | | | | | |
| **学生** | |  | | | **教师** |  | **日期** |  |
|  | | | | | | | | |
| **是** | **否** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. 您的家庭成员中是否有人有学习方面的问题？ 如果是，请说明。 | | | | | |
|  |  | | 1. 您是否对孩子的学业感到担忧？ 如果是，请说明。 | | | | | |
|  |  | | 1. 您的孩子是否在学校接受过特殊教学？ 如果是，请说明。 | | | | | |
|  |  | | 1. 您的孩子是否在遵循指示方面存在困难？ 如果是，请说明。 | | | | | |
|  |  | | 1. 您的孩子是否曾经留级？如果是，请注明年级。 | | | | | |
|  |  | | 1. 您的孩子是否存在言语或语言方面的问题？ 如果是，请说明。 | | | | | |
|  |  | | 1. 您的孩子是否需要大量帮助才能完成作业？ | | | | | |
|  |  | | 1. 您的孩子是否需要异常长的时间才能完成作业？ | | | | | |
|  |  | | 1. 您的孩子在阅读、写作和拼写方面是否比其他学科更吃力？ | | | | | |
|  |  | | 1. 您的孩子是否喜欢听别人给他/她朗读书籍，但不愿意自己朗读？ | | | | | |
|  |  | | 1. 您的孩子是否在书写、抄写和拼写方面存在困难？ | | | | | |
|  |  | | 1. 您的孩子是否曾患有严重或长期的疾病？ 如果是，请说明。 | | | | | |
|  |  | | 1. 您的孩子是否有任何可能影响学习的身体问题？  如果是，请说明。 | | | | | |
|  |  | | 1. 您的孩子目前是否在服用任何药物？ 如果是，请说明。 | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **附录 D** | **干预服务家长通知书 [第二级]** |
| 尊敬的家长/监护人：  作为 Multi-Tiered System of Supports（多层次支持系统，MTSS）的一部分，[insert school/ district name] 致力于通过补充教学等干预措施为所有学生提供学业和行为支持。 对于在阅读、数学和/或行为方面未达到预期水平的学生，我们会根据需要提供干预措施。  根据普遍筛查结果、课堂表现和/或教师推荐， **(student name)** 已被确定为可以从干预支持中受益的学生。 本信函通知您，您的孩子已被分在：  **第二级**，指的是补充教学或小组教学，您的孩子将在课堂教师提供的第一级年级教学基础上接受额外的支持。 您的孩子将在此层级最多停留 8 周，之后我们将评估其进步情况，并在需要时提供进一步的支持。  您的孩子将接受的额外支持包括：  [add Intervention #1 here]  [add Intervention #2 here, if applicable]  [add Intervention #3 here, if applicable]  如果您有任何问题或疑虑，请通过以下方式联系我们：  电话号码：  电子邮件地址：  我们的目标是确保 **(student name)** 能够成功达到密西西比州年级水平的期望和要求。 干预过程将持续进行监测。 若有任何问题，请联系您的孩子的课堂教师或辅导员。  此致。  [Insert school administrator/TST chair signature and title here] | |

|  |  |
| --- | --- |
| **附录 D** | **干预服务家长通知书 [第三级]** |
| 尊敬的家长/监护人：  作为 Multi-Tiered System of Supports（多层次支持系统，MTSS）的一部分，[insert school/ district name] 致力于通过补充教学等干预措施为所有学生提供学业和行为支持。 对于在阅读、数学和/或行为方面未达到预期水平的学生，我们会根据需要提供干预措施。  根据普遍筛查结果、课堂表现和/或教师推荐， **(student name)** 已被确定为可以从干预支持中受益的学生。 本信函通知您，您的孩子已被分在：  **第三级，**指的是每日进行的强化干预，并由教师支持团队指导实施。 您的孩子将在此层级停留 8-16 周，之后我们将评估其进步情况，并在需要时提供进一步的支持。  您的孩子将接受的额外支持包括：  [add Intervention #1 here]  [add Intervention #2 here, if applicable]  [add Intervention #3 here, if applicable] | |
| 如果您有任何问题或疑虑，或您无法参加会议，请通过以下方式联系我们：  电话号码：  电子邮件地址：  我们的目标是确保 **(student name)** 能够成功达到密西西比州年级水平的期望和要求。 干预过程将持续进行监测。 若有任何问题，请联系您的孩子的课堂教师或辅导员。  此致。  [Insert school administrator/TST chair signature and title here] | |

|  |  |
| --- | --- |
| **附录 E** | **Individual Reading Plan（个性化阅读计划，IRP）** |

|  |  |
| --- | --- |
| **阅读教学方案** | |
| 在必需的 90 分钟阅读时段内，将使用哪种循证教学方案来提供明确、系统的核心阅读指导？    除了必需的 90 分钟阅读时间外，使用何种循证教学方案提供清晰、系统的阅读干预？ | 指出核心阅读教学方案涵盖的内容：  语音意识  语音学  流畅度  词汇  阅读理解  *额外补充材料（如适用）：* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **家长支持***[Parent Read-at-Home Plan（家庭阅读计划）]* | | | |
| 目标缺陷领域： | | 建议家长/家庭采取以下策略，以帮助学生提高阅读能力： | |
| **已收到书面家长通知书** | | **已收到 Parent Read-at-Home Plan** | |
| **家长签字：** | **日期：** | **家长签字：** | **日期：** |

|  |
| --- |
| **额外服务** |
| 请注明教师认为适用于促进学生阅读技能发展的任何额外服务（如适用）： |

|  |  |
| --- | --- |
| **附录 E（续）** | **IRP/MTSS 对齐检查表** |

|  |  | |  |  | | |  |  | **日期** | | |  | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **学生** |  | | | | **教师** |  | | | | | **年级** | |  |
| *当确定学生存在严重阅读缺陷后，必须为其制定 IRP，并记录强化阅读教学和干预情况。至少需包括以下文件：* **在 MTSS 文件中完成此部分的文件记录后，请在方框中打勾。** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | (a) 学生的诊断出的具体阅读技能缺陷， 由诊断评估数据和其他相关数据点确定（或标识）； | | | | | | | | **MTSS 文档包**： 第三级 *第 3B 部分； 第 14 页* | | | |
|  | | (b) 成长目标和基准； | | | | | | | | **MTSS 文档包**： 第三级 *第 3B 部分、第 3D 部分； 第 14 页，第 16 页* | | | |
|  | | (c) 如何监测和评估进步情况； | | | | | | | | **MTSS 文档包：**第三级 *第 3B、3C、3D 部分；* *第 14-16 页* | | | |
|  | | (d) 学生将接受的额外教学服务和干预措施类型； | | | | | | | | **MTSS 文档包：**第三级 *第 3B 部分；* *第 14 页* | | | |
|  | | (e) 教师将使用的基于研究的阅读教学计划，以提供涵盖语音意识、 语音学、流畅度、词汇和阅读理解能力的阅读指导； | | | | | | | | **MTSS 文档包**：  *附录 E* | | | |
|  | | (f) 鼓励学生家庭使用的策略，以帮助学生达到阅读能力要求； 以及 | | | | | | | | **MTSS 文档包**：  *附录 E* | | | |
|  | | (g) 教师认为可用并适用于加速学生阅读技能发展的任何额外服务； | | | | | | | | **MTSS 文档包**：  *附录 E* | | | |

**注意：***IRP 与****\*第三级（强化干预）*** *所需的 MTSS 学生文件相关。* *当与 TST 会面讨论未能对第三级干预产生反应或需要额外强化干预的学生时，可使用这些页面；* *适用于因 Good Cause Exemption（合理理由豁免，GCE）升级后仍需强化干预的四年级学生；* *或适用于需要强化阅读干预的英语学习者 (EL)。*

***如果学生已有包含阅读目标的 IEP，则教师无需制定 IRP****。* *但是，如果学生的 IEP 目前未涵盖阅读困难，且学生后来在阅读方面出现不足，则普通教育教师和特殊教育教师必须共同决定是否需要将目标添加到 IEP，或是否更适合制定 IRP。* *如果学生的 IEP 仅包含数学目标，而后在阅读方面开始出现困难，则必须为幼儿园至四年级的学生制定 IRP。* *学生的个体需求应决定所设定的目标及提供的支持。* *普通教育教师和特殊教育教师应密切合作，制定和实施 IEP，并按照 IEP 规定持续监测进步情况。*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附录 F** | **Good Cause Exemption（合理理由豁免，GCE）文档表 (LBPA)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **学生姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 已通知家长/监护人学生存在阅读缺陷，  并随每季度进步情况报告发送通知。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **日期：** | | **日期：** | | | | | **日期：** | | | | | **日期：** | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | 已创建 IRP（请附上，如适用） | 已向家长/监护人发送 Read at Home Plan（家庭阅读计划） | | **日期：** | **日期：** | |  |  |  | **豁免类别** | **说明** | **所需文件** | | --- | --- | --- | | **A**  **（英语语言学生）**    **（学生在初始测试中收到 “Does Not Meet”（不符合）后可申请）** | 英语语言学生在英语语言方案中接受不到 2 年的教学。 | * GCE 文档表 * 现行 Language Service Plan（语言服务计划，LSP） * 学生累计档案/MSIS 截图，显示服务状态 | | 英语语言学生在英语语言方案中接受 2 年以上的教学。 | * GCE 文档表 * 现行 LSP * 学生累计档案/MSIS 截图，显示服务状态 * ELPT Student Proficiency Reports（学生熟练水平报告），表明在阅读和写作领域的表现低于 4 级（熟练水平）   **以及**   * 每学年入学的 LSP，包括已获得支持的阅读领域目标   **以及**   * 每年入学的阅读筛查结果显示低于年级水平   **以及**   * 每年入学的 MTSS 文书工作，必须包括学业阅读支持的第三级文档。     必须满足所有四 (4) 项标准，以证明提供了语言习得和阅读支持。 包括以前学校的所有可用数据。 | | **B**  **（SCD 或核准的重大医疗紧急情况）** | 被认定为 SCD 的学生。 这适用于参加三年级 MAAP-A 测试的当年 （同龄同年级 = 当前学年 9 月 1 日前满 8 岁） | * GCE 文档表 * 现行 IEP，包括 SCD 认定页面   ***或者***   * MSIS 截图，显示 SCD 标志 | | 重大医疗紧急情况的学生 | * [GCE 文档](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf)表 * 由 Caveon 核准的重大医疗紧急情况证明 | | **C**  **（IEP/504 学生）**  **（学生在初次测试中收到 “Does Not Meet” 后可申请）** | IEP/504 学生，符合以下条件之一  已留级一次 | * GCE 文档表 * 现行 IEP/504 * 学生累计档案/MSIS 截图   **（表明已留级一年）** | | **或者** | | | 接受了两年**阅读干预** | * [GCE 文档](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf)表 * 现行 IEP/504 * 学生累计档案/MSIS 截图 * *通过以下方式证明 2 年****阅读干预****：* * 前几年 IEP 阅读目标的监测记录   ***或者***   * 2 年**第三级** MTSS 文档   ***或者***   * IEP 目标监测记录与层级文书工作的结合 | | 根据 [MS 代码 37-173-21 在课外时间进行的阅读障碍治疗](https://law.justia.com/codes/mississippi/2019/title-37/chapter-173/section-37-173-21/) | * [GCE 文档](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf)表 * 每次课程的基准的文档 * 由合格人员签署的时间记录和服务日志 | | **D**  **（任何重考学生）**  **（学生通过第一次重考或第二次重考后即可申请）** | 已通过替代评估**（第一次重考或第二次重考）**的学生 | * GCE 文档表 * 个人学生报告，显示学生已通过了 | | **E**  **（普通教育）**  **（学生在初次测试中收到 “Does Not Meet” 后可申请）** | 在当前学年之前已**两次考试未通过**的学生  **以及**  已接受两年强化阅读干预 **（这两年不必是连续的）**的学生。 | * [GCE 文档](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf)表 * 学生累计档案/MSIS 截图（**显示两次留级**） * 2 年**第三级** MTSS 文档 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 教师向校长提出并提交 GCE 申请文件。 | | | | 校长与教师和家长讨论推荐意见。 | | | | 校长向学区主管提交文件。 | | | | | 学区主管的决定：  **接受**  **拒绝** | | | | | |
| **日期：** | | | | **日期：** | | | | **日期：** | | | | | **日期：** | | | | | |
| **决定** | | | **留级  根据 GCE 升级** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **备注：** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 填写者： | | | | |  | | | | | 地点： |  | | | 日期： | | |  | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| 家长/监护人（印刷体）： | | | | | |  | | | 签名 | | | | | |  | 日期 | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| 教师（印刷体） | | | | | |  | | | 签名 | | | | | |  | 日期 | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| 校长（印刷体） | | | | | |  | | | 签名 | | | | | |  | 日期 | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| 学区主管（印刷体） | | | | | |  | | | 签名 | | | | | |  | 日期 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APPENDIX J** | **Gujarati Translated documents  *(for use when meeting with parents/guardians of English learners as needed)*** | | | | | | | |
| **વિભાગ 2A.1** | **ઉપાય મુલાકાત દસ્તાવેજીકરણ** | | | | | | | |
| *સૂચનાઓ:* જો વર્ગખંડના ડેટા, યુનિવર્સલ સ્ક્રીનર ડેટા, અને અન્ય ઉપલબ્ધ માહિતી એવું દર્શાવતી હોય કે વિદ્યાર્થીએ પૂરતી પ્રગતિ કરી નથી અને વધુ ટેકાની જરૂર છે તો **શિક્ષકોએ** આ પત્રક ભરવું. **વિભાગ 1A, 1B, અથવા 1C; 1D**ને ભરીને સાથે બીડો. | | | | | | | | |
| **પ્રતિ:** **TEACHER SUPPORT TEAM (શિક્ષક ટેકા ટીમ)ના અધ્યક્ષ** | | | | | | | | |
| હું વિનંતી કરું છું કે (student name) માટે ઉપલબ્ધ ડેટાની સમીક્ષા તેના/તેણીના એકંદર પ્રદર્શનને સુધારવા માટે ઉપાયો પૂરા પાડવામાં સહાય માટે કરવામાં આવે. મારા ધ્યાને એવી સમસ્યાઓ આવી છે જે નિમ્નલિખિત ક્ષેત્ર(ત્રો)માં તેની/તેણીની શૈક્ષણિક પ્રગતિમાં હસ્તક્ષેપ કરે છે:  શૈક્ષણિક પ્રદર્શન, ગ્રેડ નીચા આવવા અથવા નાપાસ થવું  વર્તણૂક અને/અથવા શિસ્ત  અન્ય, નિર્દિષ્ટ કરો: | |  | | વિદ્યાર્થીને પૂરા પાડવામાં આવેલા સ્તર એકના ટેકા: | | | | |
|  | |
| શિક્ષક: | | માતાપિતા: | | | | મુલાકાતની તારીખ: | ઉપાય અમલમાં મૂક્યાની તારીખ: | |
|  | |  | | | |  | (2 અઠવાડિયાની અંદર હોવું અનિવાર્ય છે) | |
|  | | | | | | | | |
| **ચર્ચાનો સારાંશ (જો જરૂર પડે તો પાછળની બાજુએ ચાલુ રાખો):** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **હાજર રહેલ વ્યક્તિઓની સહી** | | | **શીર્ષક** | | **હાજર રહેલ વ્યક્તિઓની સહી** | | | **શીર્ષક** |
|  | | | વહીવટકર્તા | |  | | | માતાપિતા |
|  | | | ઇન્ટરવેન્શનિસ્ટ | |  | | | કાઉન્સેલર |
|  | | | શિક્ષક | |  | | | અન્ય |
| **ભલામણ કરેલાં આગામી પગલાં** | | | | | | | | |
| માતાપિતાનો સંપર્ક કરવો  જરૂરી ક્ષેત્ર(ત્રો)માં સ્તર II ના શૈક્ષણિક ઉપાયો અમલમાં મૂકો:   વાંચન  ગણિત  ભાષા કળાઓ  અન્ય  સ્તર II ના વર્તણૂક સંબંધિત ઉપાયો અમલમાં મૂકો  વિદ્યાર્થી પરિષદો યોજો  વર્તણૂક અવલોકન હાથ ધરો (ABC ડેટા)  ઉપાય(યો) સફળ ન રહ્યાં  વર્તણૂક સંબંધિત હાલના ઉપાયોમાં ફેરફારો કરો અને સ્તર II માં ઉપાય(યો) ચાલુ રાખો  અન્ય: | | | | | સ્તર I ના સામાન્ય શૈક્ષણિક વર્ગખંડ પર પરત ફરો  સામાન્ય શૈક્ષણિક વર્ગખંડ (સ્તર II)માં નિર્દેશાત્મક ઉપાય(યો) ચાલુ રાખો  વિકાસ સંબંધિત સ્ક્રીનર અમલમાં મૂકો (5 વર્ષીય, શાળાની અંદર)  શ્રવણ/દૃષ્ટિ સ્ક્રીનિંગ અમલમાં મૂકો  તબીબી અનુવર્તન માટે વિનંતી કરો  શાળાના કાઉન્સેલરને સંદર્ભ કરો  સામુદાયિક સંસ્થાને સંદર્ભ કરો  Teacher Narrative Packet (શિક્ષક વર્ણનાત્મક પેકેટ) ભરો  Teacher Support Team ને સંદર્ભ કરો | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **વિભાગ 3E** | **Teacher Support Team આમંત્રણ** |

|  |  |
| --- | --- |
| **વિદ્યાર્થીનું નામ** |  |
| **શિક્ષકનું નામ** |  |
| **શાળા** |  |
| **તારીખ** |  |

પ્રિય માતાપિતા/વાલી:

Teacher Support Team (શિક્ષકને ટેકા માટે ટીમ, TST) તમારા બાળકની શાળામાં પ્રગતિ સંબંધિત એક બેઠકમાં તમને આમંત્રણ આપવા માંગે છે. TST નો ઉદ્દેશ ઉપલબ્ધ હોય તેવી તમામ જાણકારીની સમીક્ષા કરવાનો તથા ધ્યાનમાં લેવાનો, અને તમારા બાળકને વધુ મદદ માટે વધારાની શૈક્ષણિક વ્યૂહરચનાઓ તથા ઉપાયોની ભલામણ કરવાનો છે. TST એક વહીવટકર્તા, શિક્ષક, ઇન્ટરવેન્શનિસ્ટ, કાઉન્સેલર અને તમારા બાળક સાથે કામ કરી રહી હોય તેવી અન્ય વ્યક્તિઓની બનેલી હોઈ શકે. અમે તમારી સહભાગિતાને આવકારીએ છીએ અને તે માટે ઇચ્છુક છીએ જેથી કરીને તમારા બાળકની શીખવાની પ્રક્રિયાને વધુ સારો ટેકો આપવાના અમારા પ્રયાસોમાં તમે સામેલ અને માહિતગાર, એમ બંને હોવ. જો તમે બેઠકમાં હાજર રહેવામાં અસમર્થ હોવ, તો તમારી સમીક્ષા માટે મિનિટ્સની એક નકલ પૂરી પાડવામાં આવશે.

(Student Name)ની  શૈક્ષણિક  વર્તણૂક પ્રગતિ વિશે ચર્ચા કરવા તેમના માટે એક બેઠકનું આયોજન કરાયું છે.

તારીખ:

સમય:

સ્થળ:

હું રૂબરૂ હાજરી આપી શકીશ.

હું વર્ચ્યુઅલી હાજરી આપી શકીશ.

હું હાજરી આપી શકીશ નહિ, કૃપા કરીને મને બેઠકમાં લેવાયેલી નોંધની એક નકલ મોકલશો.

માતાપિતાની સહી \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ તારીખ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

જો તમને કોઈ પ્રશ્નો અથવા ચિંતાઓ હોય, તો કૃપા કરીને અહીં મારો સંપર્ક કરશો:

ફોન નંબર:

ઈ-મેલ અડ્રેસ:

ભવદીય,

[Insert school administrator/TST chair signature and title here]

|  |  |
| --- | --- |
| **વિભાગ 3F** | **ગોપનીયતાનું નિવેદન** |

**નોંધ:** *આ પત્રકને TST પ્રક્રિયામાં સહભાગી થવા પૂર્વે ભરવાનું રહે છે.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **વિદ્યાર્થીનું નામ** |  | **શાળા વર્ષ** |  |

હું સંમત થાઉં છું કે TST પ્રક્રિયા સંબંધિત ચર્ચા થયેલી તમામ માહિતી (એટલે કે, શિક્ષક અને વિદ્યાર્થી માહિતી, શાળા પ્રદર્શનના ડેટા, ચોક્કસ વસ્તી સંબંધિત ડેટા, વગેરે) ચુસ્ત ગોપનીયતાથી રાખવામાં આવશે. હું ન તો આ TST પ્રક્રિયાની ઔપચારિક કામગીરીની બહાર, કોઈપણ કારણોસર કોઈનો સંપર્ક કરીશ કે ન તો આ પ્રક્રિયા દરમ્યાન કોઈ નોંધ લખીશ કે ન તો ઉપયોગમાં લેવાયેલ કોઈ દસ્તાવેજોની નકલ તૈયાર કરીશ. વધારાની માહિતી માટે <https://www.mdek12.org/OTSS/MSIS/FERPA> નો સંદર્ભ લો.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *સહી* |  | *શીર્ષક* |  | *તારીખ* |
|  |  |  |  |  |
| *સહી* |  | *શીર્ષક* |  | *તારીખ* |
|  |  |  |  |  |
| *સહી* |  | *શીર્ષક* |  | *તારીખ* |
|  |  |  |  |  |
| *સહી* |  | *શીર્ષક* |  | *તારીખ* |
|  |  |  |  |  |
| *સહી* |  | *શીર્ષક* |  | *તારીખ* |
|  |  |  |  |  |
| *સહી* |  | *શીર્ષક* |  | *તારીખ* |
|  |  |  |  |  |
| *સહી* |  | *શીર્ષક* |  | *તારીખ* |
|  |  |  |  |  |
| *સહી* |  | *શીર્ષક* |  | *તારીખ* |
|  |  |  |  |  |
| *સહી* |  | *શીર્ષક* |  | *તારીખ* |
|  |  |  |  |  |
| *સહી* |  | *શીર્ષક* |  | *તારીખ* |

|  |  |
| --- | --- |
| **વિભાગ 3G** | **વર્ષાંત Multi-Tiered System of Supports (ટેકાઓની બહુ-સ્તરીય પ્રણાલી, MTSS) જાણકારી** |

*સૂચનાઓ:* સ્તર II અને સ્તર III ના ઉપાય ટેકાઓ પ્રાપ્ત કરી રહેલાં તમામ વિદ્યાર્થીઓ માટે વર્ષાંત MTSS જાણકારી પત્રક ભરો. વિદ્યાર્થીના સંચિત માહિતીવાળા ફોલ્ડરમાં એક નકલ મૂકી હોવાની ખાતરી કરશો.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **વિદ્યાર્થી** |  | | **શિક્ષક** |  | | |
| **શાળા** |  | | **શાળા વર્ષ** |  | **ધોરણ** |  |
| **કાઉન્સેલર** |  | | **ઇન્ટરવેન્શનિસ્ટ** |  | | |
| **અગાઉ પુનરાવર્તન થયેલ ધોરણો** | |  | **બઢતી અપાઈ/તે જ ધોરણમાં રખાયા** |  | | |
| **શાળા વર્ષ માટે ભલામણ કરેલ સ્તરીય ગોઠવણ** | | **વાંચન** | **ગણિત** | **વર્તણૂક** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **યુનિવર્સલ સ્ક્રીનર/બેન્ચમાર્ક** | | | **ડિસ્લેક્સિઆ સ્ક્રીનર** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **પાનખરમાં વર્ષની શરુઆતના પ્રાપ્તાંક** | **શિયાળામાં વર્ષની મધ્યના પ્રાપ્તાંક** | **વસંતઋતુમાં વર્ષાંતના પ્રાપ્તાંક** | | **વાંચન** |  |  |  | | **ગણિત** |  |  |  | | **વર્તણૂક** |  |  |  | | | | |  |  | | --- | --- | |  | **પાસ/નાપાસ** | | **K (વસંતઋતુ)** |  | | **1લું ધોરણ (પાનખર)** |  | |
| **હાજરી** | **વર્ષાંતના ગ્રેડ્સ** | | **વર્તણૂક** |
| |  | | --- | | **વર્ષ દરમ્યાન કુલ ગેરહાજર દિવસો** | |  | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **અંગ્રેજી ભાષા કળાઓ (ELA)** | **ગણિત** | **વિજ્ઞાન** | **સમાજવિદ્યા** | |  |  |  |  | | | |  |  | | --- | --- | | **શાળાની બહારનું નિલંબન** |  | | **શાળાની અંદરનું નિલંબન** |  | | **ઑફિસમાં સંદર્ભ કરવો** |  | |
| **વ્યાપક મૂલ્યાંકન** | | **ઉપાય કાર્યક્રમ** | |
| શું આ વિદ્યાર્થીને ક્યારેય એક વ્યાપક મૂલ્યાંકન પ્રાપ્ત થયું છે?  હા  ના   |  |  | | --- | --- | | **તારીખ** |  | | | ઉપયોગમાં લીધેલ ઉપાય કાર્યક્રમ/વ્યૂહરચનાઓ વર્ણવો. | |
| **બાહ્ય પરીક્ષણ** | |
| શું અગાઉના બાહ્ય પરીક્ષણનું કોઈ દસ્તાવેજીકરણ અને/અથવા તબીબી દસ્તાવેજીકરણ સંચિત માહિતીવાળા અહેવાલોમાં ઉપલબ્ધ છે?  હા  ના   |  |  | | --- | --- | | **તારીખ** |  | | **નિદાન** | | | |
| **શાળા વર્ષના અંત સમયે ટેકાનું સ્તરીય સ્થાન** | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **સ્તર I** | | **સ્તર II** | | **સ્તર III** | | | વાંચન |  | વાંચન |  | વાંચન |  | | ગણિત |  | ગણિત |  | ગણિત |  | | વર્તણૂક |  | વર્તણૂક |  | વર્તણૂક |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **પરિશિષ્ટ A** | **સામાજિક/ભાવનાત્મક વર્કશીટ** |
| *સૂચનાઓ:* વર્ગખંડના શિક્ષકો અથવા કાઉન્સેલરોએ વિદ્યાર્થીને સ્તર II અને III વર્તણૂક સંબંધિત ઉપાયોની જરૂર છે કે કેમ એ નિર્ધારણ કરવા માટે  માહિતી એકત્ર કરવામાં મદદ મળે તે માટે આ ચેકલિસ્ટ ભરવું જોઈએ.  **નોંધ:** આ વર્કશીટ એક વર્તણૂક સંબંધિત સ્ક્રીનર નથી. વર્તણૂક સંબંધિત સ્ક્રીનિંગ સંસાધનો માટે, અહીં મુલાકાત લો [https://mdek12.org/OAE/OEER/ InterventionServices](https://mdek12.org/OAE/OEER/%20InterventionServices). | |

|  |
| --- |
| **વિદ્યાર્થીને આ લાગુ પડે છે** |
| ઘર છોડીને ગયેલા તરીકેની સ્થિતિ ધરાવે છે  શાળામાં વસ્તુઓ ચોરતાં ઝડપાયેલ છે  પરવાનગી વિના વર્ગખંડ છોડી દીધો છે  શાળાના કર્મચારીઓને અપશબ્દો કહ્યાં છે  શાળાના કર્મચારીઓને હાનિ પહોંચાડવાની ધમકી આપી છે અથવા શાળાના કર્મચારીઓને હાનિ પહોંચે તેવું ઇચ્છ્યું છે  મારામારી કરવા બદલ નિલંબિત કરાયેલ છે  આપઘાતનો પ્રયાસ કરેલ છે  શાળામાં તમાકૂ સંબંધિત ઉલ્લંઘનો કર્યાનું નોંધાયું છે  શાળામાં કેફીદ્રવ્યો/દારુ સંબંધિત ઉલ્લંઘનો કર્યાનું નોંધાયું છે |
| **વર્ગખંડમાં રસ** |
| ઊચ્ચ  સરેરાશ  નિમ્ન  અન્ય, કૃપા કરી જણાવો: |
| **વર્ગખંડમાં સહભાગિતા** |
| લગભગ હંમેશા  વારંવાર  પ્રસંગોપાત  ભાગ્યેજ |
| **વર્ગખંડ માટે તૈયાર હોવું** |
| જરૂરી પુરવઠાઓ હંમેશા લઈ આવે છે  મોટેભાગે પુરવઠાઓ લાવે છે  વર્ગખંડમાં ભાગ્યે જ પુરવઠાઓ લઈને આવે છે  વર્ગખંડમાં ક્યારેય પુરવઠાઓ લઈને નથી આવતો |
| **પ્રેરણ** |
| ગૃહકાર્ય પૂરું કરે છે  સોંપેલા કામમાંથી લગભગ અડધું પૂરું કરે છે  સરળતાથી છોડી દેવાની વૃત્તિ ધરાવે છે  સોંપેલા કામની શરુઆત કરવામાં મુશ્કેલીનો સામનો કરે છે |
| **તમારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી અનુસાર** |
| આ વિદ્યાર્થી કોર્ટની કાર્યવાહીમાં સંકળાયેલ છે.  આ વિદ્યાર્થીને કાઉન્સેલિંગ અપાઈ રહ્યું છે.  આ વિદ્યાર્થી દવાની સારવાર હેઠળ છે. |

|  |  |
| --- | --- |
| **વિદ્યાર્થીનું નામ** | **તારીખ** |
|  | |
| **વિદ્યાર્થી વર્ગખંડમાં વિક્ષેપકારક છે** | |
| રઘવાયો બને છે  વધુ પડતો સક્રિય છે  જગ્યા પર બેસી રહેતો નથી  વારો ન આવ્યો હોય છતાં બોલે છે  અન્ય લોકો કામ કરી રહ્યાં હોય ત્યારે તેમને વિક્ષે્પ પાડે છે  હંમેશા ધ્યાન ખેંચવા ઇચ્છતો હોય છે  અન્યો સાથે વધુપડતો આક્રમક છે (એટલે કે, હાથાપાઈ કરે છે)  શિક્ષકો અને સત્તા ધરાવતા અન્યો પ્રત્યે ઝઘડાળુ છે  જક્કી અથવા જીદ્દી છે  આવેગી છે  તેનો/તેણીનો વારો આવવાની રાહ જોઈ શકતો/શકતી નથી  પરિણામો વિશે વિચાર્યા વિના વર્તે છે | |
| **વિદ્યાર્થી એકાકી બની ગયેલ છે** | |
| શરમાળ, પોચા દિલનો  મિત્રો બનાવવામાં મુશ્કેલી પડે છે, કેફેટેરિયામાં એકલો બેસે છે  વર્ગખંડની જૂથ માટેની પ્રવૃત્તિઓમાં જોડાતો નથી  નિયમોનું વધુપડતું પાલન કરે છે  દિવાસ્વપ્ન જોતો હોવાનું લાગે છે અથવા વર્ગખંડ સાથે એકતાલમાં નથી હોતો  લાગણીઓ અભિવ્યક્ત કરવામાં મુશ્કેલી પડે છે | |
| **વિદ્યાર્થી ચિંતાતુર છે** | |
| ઉદાસીન જણાય છે  ચહેરા પર ભાગ્યેજ સ્મિત હોય છે  તણાવગ્રસ્ત જણાય છે  ગભરાયેલ અથવા ચિંતિત જણાય છે  જલ્દી રડી પડે છે  અન્યો પર વિશ્વાસ નથી રાખતો | |
| **અન્ય સામાજિક/ભાવનાત્મક વર્તણૂકો** | |
| આત્મવિશ્વાસ ખૂટે છે  પ્રયાસ કર્યા પહેલાં જ "મારાથી નહિ થઈ શકે” કહી દે છે  અપેક્ષાભંગ થયા સામે અયોગ્ય પ્રતિક્રિયા આપે છે  અપેક્ષાભંગ સામે વધુ પડતો સંવેદનશીલ છે  અન્યો ઉપર અવલંબન રાખે છે  પુખ્તોને વળગી રહે છે  બીમાર હોવાનો ડોળ કરે છે  માવજત અથવા વ્યક્તિગત સ્વચ્છતા અપૂરતી છે | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **પરિશિષ્ટ B** | | | | **Language Service Plan (ભાષા સેવા યોજના, LSP)  *(મર્યાદિત અંગ્રેજી પ્રાવીણ્ય ધરાવતા વિદ્યાર્થીઓ માટે)*** | | | | | | | | | | | |
| આ પત્રકને અંગ્રેજી ભાષાના વિદ્યાર્થીઓ માટે નિર્દેશાત્મક કાર્યક્રમ પૂરો પાડવા માટે જવાબદાર વ્યક્તિ અને વર્ગખંડ શિક્ષક દ્વારા ભરવામાં આવવું જોઈએ. આ પત્રકને વાર્ષિક ધોરણે અદ્યતન કરાવું જોઈએ. **આ પત્રક ભરનાર વ્યક્તિ** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **વિદ્યાર્થીનું નામ** | | | | |  | | | | | **જન્મતારીખ** |  | | | **ઉંમર** |  |
| **બોલવામાં આવતી મુખ્ય ભાષા** | | |  | | | | | | **ઘરે બોલાતી ભાષા(ઓ)** | |  | | | | |
| **વધારાની**  **ભાષા(ઓ)** | |  | | | | | **એક યુ.એસ. શાળામાં પહેલી વખત નોંધણી થયાની તારીખ** | |  | | **ઇમિગ્રન્ટ તરીકેની સ્થિતિ** (< 3 વર્ષ) | |  | | |
| **માતાપિતા/વાલીનું નામ** | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **ફોન** | (ઘર) | | | | | | | (કાર્યસ્થળ) | | | | (સેલ) | | | |
| **ઘર/શાળા તરફથી** માતાપિતા/વાલીને કરવામાં આવતું સંચારણ આ ભાષામાં હોય તેવી વિનંતી છે: | | | | | | | | અંગ્રેજી **અથવા**  મૂળ વતનની ભાષા:  મૌખિક **અથવા**  લેખિત | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **હાલના ડિસ્ટ્રિક્ટમાં દાખલ થતાં પૂર્વેનો શૈક્ષણિક ઇતિહાસ** | | | | | | | | | | | | | | |
| શાળામાં જવું શરુ કર્યાની ઉંમર |  | | | પ્રીસ્કૂલ/K માં વર્ષો | | |  | ધોરણ 1-5 માં વર્ષો | |  | | ધોરણ 6-12 માં વર્ષો | |  |
| પૂરું કરેલું છેલ્લું ધોરણ | |  | | | વિક્ષેપિત ઔપચારિક શિક્ષણ  શાળામાં મર્યાદિત શિક્ષણ  શાળામાં ઔપચારિક શિક્ષણ નહિ | | | | | | | | | |
| શું વિદ્યાર્થીનો સંદર્ભ વિશેષ શિક્ષણ માટે કરવામાં આવ્યો છે? | | | હા   ના | | | શું બાળક એક IEP ધરાવે છે? | | | હા  ના | | શું બાળક એક 504 યોજના ધરાવે છે? | | હા   ના | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **શૈક્ષણિક ઉપલબ્ધિ સ્તરનો ઇતિહાસ** | | | | |
| **વિષય** | **ધોરણ સ્તરથી  નીચે** | **ધોરણ સ્તર પર અથવા તેનાથી ઉપર** | **સ્તર નક્કી કરવા માટે  ઉપયોગમાં લીધેલ પદ્ધતિ** | **માહિતી ઉપલબ્ધ નથી** |
| *ઉદાહરણ: ગણિત* | *X* |  | *પાછલા વર્ષમાંથી પાઠ્યક્રમ ધોરણ (D)* |  |
| ગણિત |  |  |  |  |
| વાંચન |  |  |  |  |
| લેખન |  |  |  |  |
| સમાજવિદ્યા |  |  |  |  |
| વિજ્ઞાન |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENGLISH LANGUAGE PROFICIENCY TEST (અંગ્રેજી ભાષા પ્રાવીણ્ય કસોટી, ELPT) જાણકારી** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **કસોટી** | **તારીખ** | **પ્રાપ્તાંક** | **સ્તર** | **તારીખ** | **પ્રાપ્તાંક** | **સ્તર** | **તારીખ** | **પ્રાપ્તાંક** | **સ્તર** | **તારીખ** | **પ્રાપ્તાંક** | **સ્તર** | **તારીખ** | **પ્રાપ્તાંક** | **સ્તર** |
| ELPT  બોલવું |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ELPT  સાંભળવું |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ELPT  વાંચન |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ELPT  લેખન |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **સંમિશ્રિત**  **પ્રાપ્તાંક** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **પરિશિષ્ટ B (ચાલુ)** | **Language Service Plan (ભાષા સેવા યોજના, LSP) *(મર્યાદિત અંગ્રેજી પ્રાવીણ્ય ધરાવતા વિદ્યાર્થીઓ માટે)*** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **અંગ્રેજી ભાષા શીખનાર સેવા** | | | | | |
| અંગ્રેજી ભાષા શીખનાર કાર્યક્રમ ઓળખ થયાની તારીખ: | | અંગ્રેજી ભાષા શીખનાર કાર્યક્રમમાં દાખલ થયાની તારીખ: | | | |
| વિદ્યાર્થી અઠવાડિયામાં **મિનિટ્સ       દિવસ માટે પ્રત્યક્ષ અંગ્રેજી ભાષા શીખનાર સેવા પ્રાપ્ત કરશે** | | | | | |
| વિદ્યાર્થીને એક ક્રેડિટ માટે અંગ્રેજી ભાષા શીખનાર વર્ગમાં મૂકવામાં આવશે *(ધોરણો 7-12 માત્ર)* **વર્ષ:       સેમેસ્ટર:** | | | | | |
| માતાપિતાએ સેવાઓ નકારી (શાળા હજીપણ સેવા આપવાની જવાબદારી ધરાવે છે) | | | ટિપ્પણીઓ: |  | |
| વિદ્યાર્થીની ઓળખ Long Term English Learner (લાંબા ગાળાના અંગ્રેજી શીખનાર, LTEL) તરીકે થઈ ત્યાં સુધીના વર્ષોની સંખ્યા: | | | | | |
| દરેક ક્ષેત્ર માટે માપી શકાય તેવા ચોક્કસ લક્ષ્યાંકોની સૂચિ આપો (સાંભળવું, બોલવું, વાંચન, અને લેખન): | | | | | |
| **સાંભળવું** | **બોલવું** | **વાંચન** | | | **લેખન** |
|  |  |  | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **માનકકૃત પરીક્ષણ માટે બંધબેસતું બનાવવાની ગોઠવણ** | | |
| દરેક મૂલ્યાંકન માટે પરવાનગી આપી શકાય તેવી બંધબેસતું કરવા માટેની ગોઠવણો માટે [**Mississippi Test Accommodations Manual**](https://www.mdek12.org/OSA) (મિસિસિપી પરીક્ષણ ગોઠવણો માટેની માર્ગદર્શિકા)ના હાલના સંસ્કરણનો સંદર્ભ લો. દરેક પરીક્ષણ ગોઠવણ, તે ગોઠવણ માટેનો કૉડ, અને જેમને તે ગોઠવણ લાગુ પડે છે તે દરેક માનકકૃત પરીક્ષણ નિર્દિષ્ટ કરો. નોંધ: નીચે સૂચિબદ્ધ કરેલી ગોઠવણોનો ઉપયોગ રાજ્યવ્યાપી મૂલ્યાંકનો માટે ઉપયોગમાં લેતાં પૂર્વે નિયમિત વર્ગખંડ મૂલ્યાંકનો દરમ્યાન અને ડિસ્ટ્રિક્ટ વ્યાપી મૂલ્યાંકનો પર કરવો અનિવાર્ય છે. | | |
| **ગોઠવણી(ઓ)** | **કૉડ #** | **કસોટી(ઓ)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **પરિશિષ્ટ B (ચાલુ)** | **Language Service Plan (ભાષા સેવા યોજના, LSP) *(મર્યાદિત અંગ્રેજી પ્રાવીણ્ય ધરાવતા વિદ્યાર્થીઓ માટે)*** |

તમામ પરીક્ષણ ગોઠવણીઓ એ વર્ગખંડ ગોઠવણીઓ છે, જોકે તમામ વર્ગખંડ ગોઠવણીઓ એ રાજ્ય પરીક્ષણ ગોઠવણીઓ નથી.

|  |  |
| --- | --- |
| **વર્ગખંડ નિર્દેશાત્મક ટેકા અને ગોઠવણીઓ/ફેરફારો** | |
| આ બાળકની જરૂરિયાતોને પૂરી કરવા માટે નિયમિત વર્ગખંડ સૂચનાઓમાં ઉપયોગમાં લેવા માટે નિમ્નલિખિત ભલામણો છે: | |
| નિર્દેશોને અંગ્રેજીમાં પોતાના શબ્દોમાં કહેવા અથવા પુનરાવર્તન કરવું  વ્યક્તિગત સૂચનો આપવા  કસોટી નિર્દેશો દરેક વિદ્યાર્થીને અથવા એક નાના જૂથને વાંચી સંભળાવો (પરંતુ કસોટીના સવાલો નહિ) - જો જરૂર હોય તો નિર્દેશોનું પુનરાવર્તન કરો અને/અથવા પોતાના શબ્દોમાં કહો  કસોટી વહીવટકર્તા/પ્રોક્ટર (લખનાર)ને જવાબોનું ડિક્ટેશન ફક્ત અંગ્રેજીમાં  વાંચન કરનાર (મૌખિક પણે અમલમાં મૂકવું)  મૂળ વતનની ભાષા શબ્દે-શબ્દ શબ્દકોષો/ઈલેક્ટ્રોનિક શબ્દે-શબ્દ શબ્દકોષો (વ્યાખ્યાઓ નહિ)  પ્રશ્નોને એ જ વાક્યરચનામાં પ્રસ્તુત કરો જેવી રીતે શીખવાને/સમીક્ષામાં કરતા હોવ  વર્ગ અને ગૃહકાર્ય કાર્યસોંપણીમાં ઘટાડો અને/અથવા ફેરફરો  ફેરફાર કરેલા મૂલ્યાંકનો (એટલે કે, મૌખિક)  કાર્યો/નિર્દેશોને પેટાભાગોમાં વહેંચો  રાહ જોવાનો સમય વધારો  કાર્યસોંપણીઓ અને પરીક્ષણો પૂરાં કરવા માટે વધારાનો સમય  Extended School Services (વિસ્તારેલ શાળા સેવાઓ, ESS)  વર્ગખંડ ચર્ચા માટેના પ્રશ્નો અગાઉથી પૂરા પાડો  ઓરડામાંની વસ્તુઓ પર લેબલ લગાડો  શૈક્ષણિક સામગ્રીની આગોતરી સમીક્ષા કરવી | ટૂંકી બનાવેલી કાર્યસોંપણીઓ પૂરી પાડો  વાત કરતી વખતે વિદ્યાર્થી તરફ ચહેરો રાખો – ધીમેથી બોલો  કર્સિવ (મરોડદાર) અક્ષરોને બદલે મોટા અક્ષરો; તમામ નોંધ, કસોટીઓ, હેન્ડઆઉટ્સ ટાઇપ કરો  વધુ રસ પડે તેવી/ઓછા શબ્દો વાળી લખાણ સામગ્રીનો ઉપયોગ કરો  ઑવરહેડ પ્રોજેક્ટરનો ઉપયોગ કરો અને વિદ્યાર્થીઓને શિક્ષકની ટ્રાન્સપરન્સિઝ/નોંધ/વ્યાખ્યાનોની નકલો પૂરી પાડો  નિર્દેશોને દૃશ્ય સ્વરૂપ આપો - સમજી શકવામાં મદદ માટે ગ્રાફિક ઑર્ગેનાઇઝર્સ, ચિત્રો, નકશા, આલેખો, વગેરેનો ઉપયોગ કરો  કાર્યો, નિર્દેશો, લેટર હોમને હાઇલાઇટ કરો/કલર કૉડ આપો  અંગ્રેજી ભાષા શીખનારને મદદ માટે એક અંગ્રેજી બોલનાર "સાથીદાર” સાથે જોડી બનાવો  પ્રાથમિકતા વાળી બેઠક વ્યવસ્થા પૂરી પાડો અથવા એક સાથીદાર સાથે બેસાડો  સમજ પડી છે કે કેમ તે ઘણીવખત ચકાસો  એવા પ્રશ્નો પૂછો જે વિદ્યાર્થીને સફળતાપૂર્વક જવાબ આપવામાં સમર્થ બનાવે  વિદ્યાર્થીને સફળતાપૂર્વક મોટેથી વાંચવાની તકો ઉપલબ્ધ કરાવો  સૂચક સાધનોનો ઉપયોગ કરો  ઑડિઓબુક્સનો ઉપયોગ કરો  વિદ્યાર્થી સાંભળી શકે તે માટે સામગ્રી રેકર્ડ કરો  શબ્દભંડોળ જોડકાં જોડવા/ખાલી જગ્યા પુરો મહાવરાઓ /શબ્દો  અન્ય: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ભાષા સેવા યોજના વિકસાવવામાં સામેલ વ્યક્તિઓ** | | |
| *આ પત્રક સહી કરીને, હું એ સૂચવું છું કે મેં ભાષા સેવા યોજનાની માહિતી વાંચી અને સમજી છે.* | | |
| **પ્રિન્સિપાલ** *સહી* **મોટા અક્ષરોમાં નામ** |  | **માતાપિતા** *સહી* **મોટા અક્ષરોમાં નામ** |
| **અંગ્રેજી ભાષા શીખનાર સમાયોજક** *સહી* **મોટા અક્ષરોમાં નામ** |  | **માતાપિતા** *સહી* **મોટા અક્ષરોમાં નામ** |
| **અંગ્રેજી ભાષા શીખનાર શિક્ષક** *સહી* **મોટા અક્ષરોમાં નામ** |  | **વિદ્યાર્થી** *સહી* **મોટા અક્ષરોમાં નામ** |
| **શિક્ષક** *સહી* **મોટા અક્ષરોમાં નામ** |  | **દુભાષિયા** *સહી* **મોટા અક્ષરોમાં નામ** |
| **શિક્ષક** *સહી* **મોટા અક્ષરોમાં નામ** |  | **તારીખ** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **પરિશિષ્ટ B (ચાલુ)** | | | | **નિર્ગમન/સ્થિતિ દેખરેખનું દસ્તાવેજીકરણ  *(અંગ્રેજી ભાષા શીખનાર સેવાઓમાંથી નિર્ગમનની પાત્રતા પૂરી કરતાં વિદ્યાર્થીઓ માટે)*** | | | | | | | |
| આ પત્રક વ્યક્તિગત વિદ્યાર્થીના નિર્ગમન અને દેખરેખ માટે જવાબદાર વ્યક્તિ દ્વારા ભરવામાં આવવું જોઈએ. | | | | | | | | | | | |
| **વિદ્યાર્થીનું નામ** | |  | | | | | | **જન્મતારીખ** | | |  |
| **માતાપિતા/વાલીનું નામ** | | |  | | | | | | | | |
| **ફોન** | (ઘર) | | | | | (કાર્યસ્થળ) | | | (સેલ) | | |
| **ઘર/શાળા તરફથી** માતાપિતા/વાલીને કરવામાં આવતું સંચારણ આ ભાષામાં હોય તેવી વિનંતી: | | | | | અંગ્રેજી **અથવા**  મૂળ વતનની ભાષા:  મૌખિક **અથવા**  લેખિત | | | | | | |
| **આ પત્રક ભરવા માટે જવાબદાર વ્યક્તિ** | | | | | | | | | | | |
| **વર્ષ 1** | | | **વર્ષ 2** | | | | **વર્ષ 3** | | | **વર્ષ 4** | |
|  | | |  | | | |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **અંગ્રેજી ભાષા શીખનાર નિર્ગમન માહિતી** | | | | | |
| **નિર્ગમન પાત્રતા તારીખ** | |  | | | |
| અંગ્રેજી ભાષા શીખનાર તરીકેની સ્થિતિમાંથી નિર્ગમન માટે પાત્ર થવા માટે, વિદ્યાર્થીએ વાંચન, લેખન, અને એકંદરે ELPA21 મૂલ્યાંકનમાં 4 અથવા 5 પ્રાપ્ત કરવા અનિવાર્ય છે. અંગ્રેજી ભાષા શીખનાર તરીકેની સ્થિતિમાંથી નિર્ગમનનું નિર્ધારણ માપદંડ (ELPT માંથી પ્રાપ્તાંકો): કસોટીની તારીખ: | | | | | |
| **સાંભળવું** | **બોલવું** | | **વાંચન\*** | **લેખન\*** | **એકંદર\*** |
|  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **દેખરેખ રાખવી** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **પ્રારંભ તારીખ** |  | | | | **માતાપિતાને સૂચિત કર્યાની તારીખ** | | |  | | | **દેખરેખ રાખવાની સ્થિતિના નિષ્કર્ષ માટેની અપેક્ષિત તારીખ** *(ન્યૂનતમ 4 વર્ષ)* | | | | |  | |
| **પ્રગતિ પત્રક અને સ્ટેટ મૂલ્યાંકન પરિણામો** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **વર્ષ 1** | | | | | | | | |  | **વર્ષ 2** | | | | | | | | |
| ધોરણ સ્તર: | | | શાળાનું નામ: | | | | | |  | ધોરણ સ્તર: | | | શાળાનું નામ: | | | | | |
|  | | **Q1** | | **Q2** | | **Q3** | **Q4** | |  |  | | **Q1** | | **Q2** | **Q3** | | **Q4** | |
| ELA | |  | |  | |  |  | |  | ELA | |  | |  |  | |  | |
| ગણિત | |  | |  | |  |  | |  | ગણિત | |  | |  |  | |  | |
| વિજ્ઞાન | |  | |  | |  |  | |  | વિજ્ઞાન | |  | |  |  | |  | |
| સમાજવિદ્યા | |  | |  | |  |  | |  | સમાજવિદ્યા | |  | |  |  | |  | |
| અન્ય | |  | |  | |  |  | |  | અન્ય | |  | |  |  | |  | |
| અન્ય | |  | |  | |  |  | |  | અન્ય | |  | |  |  | |  | |
| સ્ટેટ મૂલ્યાંકન પરિણામો: | | | | | | | | |  | સ્ટેટ મૂલ્યાંકન પરિણામો: | | | | | | | | |
| શું વિદ્યાર્થી સમયસર ગ્રેજ્યુએટ થવાના માર્ગ પર છે?  હા  ના | | | | | | | | |  | શું વિદ્યાર્થી સમયસર ગ્રેજ્યુએટ થવાના માર્ગ પર છે?  હા  ના | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **પરિશિષ્ટ B (ચાલુ)** | **નિર્ગમન/સ્થિતિ દેખરેખનું દસ્તાવેજીકરણ  *(અંગ્રેજી ભાષા શીખનાર સેવાઓમાંથી નિર્ગમનની પાત્રતા પૂરી કરતાં વિદ્યાર્થીઓ માટે)*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **દેખરેખ રાખવી, ચાલુ** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **પ્રારંભ તારીખ** |  | | | | **માતાપિતાને સૂચિત કર્યાની તારીખ** | | |  | | | **દેખરેખ રાખવાની સ્થિતિના નિષ્કર્ષ માટેની અપેક્ષિત તારીખ** *(ન્યૂનતમ 4 વર્ષ)* | | | | |  | |
| **પ્રગતિ પત્રક અને સ્ટેટ મૂલ્યાંકન પરિણામો** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **વર્ષ 3** | | | | | | | | |  | **વર્ષ 4** | | | | | | | |
| ધોરણ સ્તર: | | | શાળાનું નામ: | | | | | |  | ધોરણ સ્તર: | | | શાળાનું નામ: | | | | |
|  | | **Q1** | | **Q2** | | **Q3** | **Q4** | |  |  | | **Q1** | | **Q2** | **Q3** | | **Q4** |
| ELA | |  | |  | |  |  | |  | ELA | |  | |  |  | |  |
| ગણિત | |  | |  | |  |  | |  | ગણિત | |  | |  |  | |  |
| વિજ્ઞાન | |  | |  | |  |  | |  | વિજ્ઞાન | |  | |  |  | |  |
| સમાજવિદ્યા | |  | |  | |  |  | |  | સમાજવિદ્યા | |  | |  |  | |  |
| અન્ય | |  | |  | |  |  | |  | અન્ય | |  | |  |  | |  |
| અન્ય | |  | |  | |  |  | |  | અન્ય | |  | |  |  | |  |
| સ્ટેટ મૂલ્યાંકન પરિણામો: | | | | | | | | |  | સ્ટેટ મૂલ્યાંકન પરિણામો: | | | | | | | |
| શું વિદ્યાર્થી સમયસર ગ્રેજ્યુએટ થવાના માર્ગ પર છે?  હા  ના | | | | | | | | |  | શું વિદ્યાર્થી સમયસર ગ્રેજ્યુએટ થવાના માર્ગ પર છે?  હા  ના | | | | | | | |

આ પત્રકમાંની માહિતી જો એવું સૂચવતી હોય કે ભૂતપૂર્વ અંગ્રેજી ભાષા વિદ્યાર્થી સંઘર્ષ કરી રહ્યો છે, તો વિદ્યાર્થી અને પરિણામોને ટેકો આપવા માટે ક્યા પગલાં લેવામાં આવશે તે સૂચવો:

વિદ્યાર્થીનો સંદર્ભ ઉપાય સેવાઓ માટે કરવામાં આવ્યો હતો (યોગ્ય દસ્તાવેજીકરણ પૂરું કરવું અનિવાર્ય છે)

વિદ્યાર્થીનો સંદર્ભ કાઉન્સેલિંગ માટે કરવામાં આવ્યો હતો

વિદ્યાર્થીનો સંદર્ભ અંગ્રેજી ભાષા શીખનાર સેવાઓ માટે ફેરછણાવટ માટે કરવામાં આવ્યો હતો. વિદ્યાર્થીને અંગ્રેજી ભાષા શીખનાર માટેના કાર્યક્રમમાં ફરીથી દાખલ કરવામાં આવે તે માટે થઈને તેમણે ELPA21 માં મૂકવા માટેનું પરીક્ષણ ફરીથી કરાવવું અને પાત્રતા પૂર્ણ કરતાં હોવું અનિવાર્ય છે. **(આવું ત્યારે જ કરવું જોઈએ જો શૈક્ષણિક બાબતોમાં સંઘર્ષ પાછળનું પ્રાથમિક કારણ ભાષા ગણાતું હોય.)**

|  |
| --- |
| **ટિપ્પણી(ઓ) (વિદ્યાર્થીને ટેકો આપવા માટે લેવાયેલા પગલાંઓ જણાવો):** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **પરિશિષ્ટ C** | | | | **શિક્ષકો માટે પ્રાથમિક શાળા ડિસ્લેક્સિઆ ચેકલિસ્ટ** | | | | |
| *સૂચનાઓ:* શિક્ષકો ઉપાય પસંદગીની પ્રક્રિયા અને અમલીકરણ અંગે નિર્ણય લેવાની પ્રક્રિયામાં મદદ માટે આ પત્રક ભરે છે. વધારાના માર્ગદર્શન માટે Dyslexia Support Guide (ડિસ્લેક્સિઆ ટેકા માર્ગદર્શિકા)નો સંદર્ભ લો. અહીં મુલાકાત લો <https://mdek12.org/OAE/OEER/Dyslexia>. | | | | | | | | |
| **વિદ્યાર્થી** | |  | | | **શિક્ષક** |  | **તારીખ** |  |
| **શૈક્ષણિક ક્ષમતા** | | | | | | | | |
| **હા** | **ના** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી વાંચન, લેખન, અને જોડણીના કૌશલ્યો વિકસાવવાની શૈક્ષણિક ક્ષમતા ધરાવતો હોવાનું જણાય છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થીના વાંચન, જોડણી, અથવા લેખન કૌશલ્યો તમે તેની/તેણીની શૈક્ષણિક સંભવિત ક્ષમતાને આધારે અપેક્ષા રાખો છો તેના કરતાં ઓછા છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી મૂલ્યાંકનો પૂરા કરતી વખતે અને/અથવા વાંચન, લેખન, અથવા જોડણી સંબંધિત મૂલ્યાંકનમાં વિસંગત સફળતાનો ઇતિહાસ ધરાવે છે? | | | | | |
| **વાંચન** | | | | | | | | |
| **હા** | **ના** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી ધ્વનિને મિશ્રિત કરવા, તેના ખંડ બનાવવા, જોડકાં બનાવવા, અને તેમાં ફેરફાર કરવા જેવી ધ્વનિશાસ્ત્ર સંબંધિત પ્રક્રિયાઓના કૌશલ્યો પ્રાપ્ત કરવામાં મુશ્કેલીનો સામનો કરે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી અપરિચિત ધ્વનિની કડીઓ યાદ રાખવામાં મુશ્કેલીનો સામનો કરે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી મૂળભૂત દૃશ્ય શબ્દો અસરકારકપણે યાદ કરવામાં મુશ્કેલીનો સામનો કરે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી શબ્દોને છૂટા પાડીને ઉચ્ચારણ કરવામાં મુશ્કેલીનો સામનો કરે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી લખાણને અન્યો દ્વારા મોટેથી વાંચી સંભળાવવામાં આવે ત્યારે સમજી શકે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થીમાં મોટેથી વાંચતી વખતે અસ્ખલિતતાનો અભાવ છે? | | | | | |
| **મૂળાક્ષર અને જોડણી** | | | | | | | | |
| **હા** | **ના** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી કોઈ મોડલ વિના મૂળાક્ષરો ક્રમસર લખવામાં મુશ્કેલીનો સામનો કરે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી સ્વરોના નામ કહી આપવામાં મુશ્કેલીનો સામનો કરે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી શબ્દોની જોડણી કરવામાં સાચા ટૂંકા સ્વરોનો ઉપયોગ કરવામાં મુશ્કેલીનો સામનો કરે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી જોડણી બનાવવામાં મુશ્કેલીનો સામનો કરે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી વારંવાર એવી જોડણીની ભૂલો કરે છે જેમાં એક શબ્દની અંદરના અક્ષરોના ક્રમને બદલવાનો સમાવેશ થતો હોય? | | | | | |
| **હસ્તલેખન કૌશલ્યો** | | | | | | | | |
| **હા** | **ના** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થીનું હસ્તલેખન ઘણીવાર અવાચ્ય કે અવ્યવસ્થિત હોય છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થીને પરિમાણીય અભિગમમાં સમસ્યાઓ થાય છે (દા.ત., પહેલાં/પછી, ડાબે/જમણે, ઉપર/નીચે)? | | | | | |
| **અન્ય** | | | | | | | | |
| **હા** | **ના** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થીને વ્યવસ્થા અથવા યાદશક્તિમાં સમસ્યાઓ થાય છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થીને પરિમાણીય અભિગમમાં સમસ્યાઓ થાય છે (દા.ત., પછી/પહેલાં)? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થીને "યોગ્ય શબ્દ શોધવામાં” મુશ્કેલીનો સામનો થાય છે અથવા સીધા પ્રશ્નોનો જવાબ આપવાનો પ્રયાસ કરતી વખતે સંકોચ અનુભવાય છે? | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **પરિશિષ્ટ C** | | | | **શિક્ષકો માટે માધ્યમિક અને ઉપલા ધોરણની શાળા ડિસ્લેક્સિઆ ચેકલિસ્ટ** | | | | |
| *સૂચનાઓ:* શિક્ષકો ઉપાય પસંદગીની પ્રક્રિયા અને અમલીકરણ અંગે નિર્ણય લેવાની પ્રક્રિયામાં મદદ માટે આ પત્રક ભરે છે.  વધારાના માર્ગદર્શન માટે Dyslexia Support Guide (ડિસ્લેક્સિઆ ટેકા માર્ગદર્શિકા)નો સંદર્ભ લો. અહીં મુલાકાત લો <https://mdek12.org/OAE/OEER/Dyslexia>. | | | | | | | | |
| **વિદ્યાર્થી** | |  | | | **શિક્ષક** |  | **તારીખ** |  |
| **શૈક્ષણિક ક્ષમતા** | | | | | | | | |
| **હા** | **ના** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી વાંચન, લેખન, અને જોડણીના કૌશલ્યો વિકસાવવાની શૈક્ષણિક ક્ષમતા ધરાવતો હોવાનું જણાય છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થીના વાંચન, જોડણી, અથવા લેખન કૌશલ્યો તમે તેની/તેણીની શૈક્ષણિક સંભવિત ક્ષમતાને આધારે અપેક્ષા રાખો છો તેના કરતાં ઓછા છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી મૂલ્યાંકનો પૂરા કરતી વખતે અને/અથવા વાંચન, લેખન, અથવા જોડણી સંબંધિત મૂલ્યાંકનમાં વિસંગત સફળતાનો ઇતિહાસ ધરાવે છે? | | | | | |
| **વાંચન** | | | | | | | | |
| **હા** | **ના** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી એકથી વધુ ઉપસર્ગ (પ્રીફિક્સ) અને પ્રત્યય (સફીક્સ) ધરાવતા શબ્દોને સમજવામાં મુશ્કેલીનો સામનો કરે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી અપરિચિત ધ્વનિની કડીઓ યાદ રાખવામાં મુશ્કેલીનો સામનો કરે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી મૂળભૂત દૃશ્ય શબ્દો અસરકારકપણે યાદ કરવામાં મુશ્કેલીનો સામનો કરે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી શબ્દોને છૂટા પાડીને ઉચ્ચારણ કરવામાં મુશ્કેલીનો સામનો કરે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી લખાણને અન્યો દ્વારા મોટેથી વાંચી સંભળાવવામાં આવે ત્યારે સમજી શકે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થીમાં મોટેથી વાંચતી વખતે અસ્ખલિતતાનો અભાવ છે? | | | | | |
| **મૂળાક્ષર અને જોડણી** | | | | | | | | |
| **હા** | **ના** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી જોડણીમાં મુશ્કેલીનો સામનો કરે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી એક જ કાર્યસોંપણીમાં એક શબ્દની અલગ-અલગ રીતે જોડણી કરે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી શબ્દોની જોડણી કરવામાં સાચા ટૂંકા સ્વરોનો ઉપયોગ કરવામાં મુશ્કેલીનો સામનો કરે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી વારંવાર એવી જોડણીની ભૂલો કરે છે જેમાં એક શબ્દની અંદરના અક્ષરોના ક્રમને બદલવાનો સમાવેશ થતો હોય? | | | | | |
| **હસ્તલેખન કૌશલ્યો** | | | | | | | | |
| **હા** | **ના** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થી લખવાનું ટાળે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થીનું હસ્તલેખન ઘણીવાર અવાચ્ય હોય છે? (અક્ષરની રચના, શબ્દો વચ્ચેનું અંતર) | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થીને સારાંશ બનાવવામાં અથવા મુદ્દાઓ તારવવામાં સમસ્યાઓ થાય છે? (પ્રક્રિયા, વ્યવસ્થા) | | | | | |
| **અન્ય** | | | | | | | | |
| **હા** | **ના** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થીને વ્યવસ્થા અથવા યાદશક્તિમાં સમસ્યાઓ થાય છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થીને પરિમાણીય અભિગમમાં સમસ્યાઓ થાય છે (દા.ત., પછી/પહેલાં)? | | | | | |
|  |  | | 1. શું વિદ્યાર્થીને "યોગ્ય શબ્દ શોધવામાં” મુશ્કેલીનો સામનો થાય છે અથવા સીધા પ્રશ્નોનો જવાબ આપવાનો પ્રયાસ કરતી વખતે સંકોચ અનુભવાય છે? | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **પરિશિષ્ટ C** | | | | **માતાપિતા વાંચન માહિતી પ્રશ્નાવલિ** | | | | |
| *સૂચનાઓ:* માતાપિતા આ પત્રકને તેમના બાળક માટે સફળ પરિણામો સુનિશ્ચિત કરવા માટે જરૂરી વર્ગખંડ ટેકાઓ અને નિર્દેશ નક્કી કરવામાં, ઉપાયની પસંદગી, અમલીકરણ અને સંસાધનોનું નિર્ધારણ કરવામાં શિક્ષકને મદદ કરવા માટે ભરે છે. વધારાના માર્ગદર્શન માટે Dyslexia Support Guide (ડિસ્લેક્સિઆ ટેકા માર્ગદર્શિકા)નો સંદર્ભ લો. અહીં મુલાકાત લો <https://mdek12.org/OAE/OEER/Dyslexia>. | | | | | | | | |
| **વિદ્યાર્થી** | |  | | | **શિક્ષક** |  | **તારીખ** |  |
|  | | | | | | | | |
| **હા** | **ના** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. શું તમારા પરિવારમાં કોઈએ શીખવા સંબંધિત સમસ્યાઓનો અનુભવ કર્યો છે? જો હા, તો સમજાવો. | | | | | |
|  |  | | 1. શું તમે તમારા બાળકના શાળાકાર્ય બાબતે ચિંતિત છો? જો હા, તો સમજાવો. | | | | | |
|  |  | | 1. શું તમારું બાળક શાળામાં કોઈ વિશેષ નિર્દેશો પ્રાપ્ત કરે છે? જો હા, તો સમજાવો. | | | | | |
|  |  | | 1. શું તમારા બાળકને નિર્દેશો અનુસરવામાં મુશ્કેલી પડે છે? જો હા, તો સમજાવો. | | | | | |
|  |  | | 1. શું તમારા બાળકને ક્યારેય કોઈ ધોરણમાં પુનરાવર્તન કરવું પડ્યું છે?જો હા, તો ક્યું ધોરણ? | | | | | |
|  |  | | 1. શું તમારા બાળકને વાચા અથવા ભાષા સમસ્યા રહી છે? જો હા, તો સમજાવો. | | | | | |
|  |  | | 1. શું તમારા બાળકને ગૃહકાર્યમાં અતિશય વધુ મદદની જરૂર પડે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું તમારું બાળક ગૃહકાર્ય પૂરું કરવામાં અસાધારણ પમાણમાં વધુ સમય વીતાવે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું તમારું બાળક અન્ય વિષયોની સરખામણીમાં વાંચવા, લખવા અને જોડણી કરવામાં વધુ મુશ્કેલીનો સામનો કરતું હોવાનું લાગે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું તમારા બાળકને વાંચી સંભળાવવામાં આવે તે ગમે છે પરંતુ તે તમને વાંચી સંભળાવવા નથી માંગતું? | | | | | |
|  |  | | 1. શું તમારું બાળક લખવામાં, નકલ ઉતારવામાં અને જોડણી બનાવવામાં મુશ્કેલીનો સામનો કરે છે? | | | | | |
|  |  | | 1. શું તમારું બાળક ક્યારેય ગંભીર રીતે કે લાંબા સમય માટે બીમાર થયું છે? જો હા, તો સમજાવો. | | | | | |
|  |  | | 1. શું તમારું બાળક કોઈ શારીરિક સમસ્યાઓ ધરાવે છે જેનાથી તેના શીખવામાં હસ્તક્ષેપ થઈ શકે?  જો હા, તો સમજાવો. | | | | | |
|  |  | | 1. શું તમારું બાળક હાલમાં કોઈ દવા લઈ રહ્યું છે? જો હા, તો સમજાવો. | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **પરિશિષ્ટ D** | **ઉપાય સેવાઓ અંગે માતાપિતા માટે નમૂનારૂપ સૂચના [સ્તર II]** |
| પ્રિય માતાપિતા/વાલી:  એક Multi-Tiered System of Supports (ટેકાઓની બહુ-સ્તરીય પ્રણાલી, MTSS) ના ભાગરૂપે [insert school/ district name] ઉપાયો થકી (પૂરક નિર્દેશનો) તમામ વિદ્યાર્થીઓને શૈક્ષણિક અને વર્તણૂક સંબંધિત ટેકાઓ પૂરા પાડવા માટે કાર્યરત છે. આ એવા વિદ્યાર્થીઓ, જેઓ વાંચન, ગણિત, અને/અથવા વર્તણૂકમાં અપેક્ષિત સ્તરો પ્રાપ્ત ન કરતા હોય તેમને જરૂરિયાત હોય તે મુજબ પૂરા પાડવામાં આવશે.  યુનિવર્સલ સ્ક્રીનર પરિણામો, વર્ગખંડમાં પ્રદર્શન, અને/અથવા શિક્ષકની ભલામણને આધારે,  **(student name)** ની ઓળખ એક એવા વિદ્યાર્થી તરીકે કરવામાં આવી છે જેને ઉપાય વાળા ટેકાઓથી લાભ થઈ શકે. આ પત્ર તમને તમારા બાળકને અહીં મૂકવામાં આવ્યા હોવાનું સૂચિત કરવા માટે છે:  **સ્તર II**ને, તમારા બાળકને તેના/તેણીના વર્ગખંડ શિક્ષક દ્વારા પૂરા પાડવામાં આવતા સ્તર I ના ધોરણના નિર્દેશો ઉપરાંત મળનારી પૂરક અથવા નાના જૂથ માટેની સૂચનાઓ તરીકે શ્રેષ્ઠ રીતે વર્ણવી શકાય. છેવટની પ્રગતિનું નિર્ધારણ થાય અને જો જરૂર હોય તો, આગળ ટેકો પૂરો પાડવામાં આવે તેના આઠ (8) અઠવાડિયા જેટલા સમય પહેલાં તમારું બાળક આ સ્તરમાં હોઈ શકે.  તમારા બાળકને જે વધારાનો ટેકો પૂરો પાડવામાં આવશે તેમાં આ સામેલ છે:  [add Intervention #1 here]  [add Intervention #2 here, if applicable]  [add Intervention #3 here, if applicable]  જો તમને કોઈ પ્રશ્નો અથવા ચિંતાઓ હોય, તો કૃપા કરીને અહીં અમારો સંપર્ક કરશો:  ફોન નંબર:  ઈ-મેલ અડ્રેસ:  તમારા બાળકને ઉપાયો પૂરાં પાડવા પાછળનું અમારું ધ્યેય એ સુનિશ્ચિત કરવાનું છે કે મિસિસિપી ધોરણ સ્તરની અપેક્ષાઓ અને જરૂરિયાતો પૂરી કરવામાં  **(student name)**  સફળ રહેશે. પ્રગતિ પર દેખરેખ રાખવામાં આવશે અને તે સમગ્ર ઉપાય દરમ્યાન ચાલુ રખાશે. જો તમને કોઈ પ્રશ્નો હોય, તો કૃપા કરીને તમારા બાળકના વર્ગખંડ શિક્ષક અથવા કાઉન્સેલરનો સંપર્ક કરશો.  ભવદીય,  [Insert school administrator/TST chair signature and title here] | |

|  |  |
| --- | --- |
| **પરિશિષ્ટ D** | **ઉપાય સેવાઓ અંગે માતાપિતા માટે નમૂનારૂપ સૂચના [સ્તર III]** |
| પ્રિય માતાપિતા/વાલી:  એક Multi-Tiered System of Supports (ટેકાઓની બહુ-સ્તરીય પ્રણાલી, MTSS) ના ભાગરૂપે [insert school/ district name] ઉપાયો થકી (પૂરક નિર્દેશનો) તમામ વિદ્યાર્થીઓને શૈક્ષણિક અને વર્તણૂક સંબંધિત ટેકાઓ પૂરા પાડવા માટે કાર્યરત છે. આ એવા વિદ્યાર્થીઓ, જેઓ વાંચન, ગણિત, અને/અથવા વર્તણૂકમાં અપેક્ષિત સ્તરો પ્રાપ્ત ન કરતા હોય તેમને જરૂરિયાત હોય તે મુજબ પૂરા પાડવામાં આવશે.  યુનિવર્સલ સ્ક્રીનર પરિણામો, વર્ગખંડમાં પ્રદર્શન, અને/અથવા શિક્ષકની ભલામણને આધારે,  **(student name)** ની ઓળખ એક એવા વિદ્યાર્થી તરીકે કરવામાં આવી છે જેને ઉપાય વાળા ટેકાઓથી લાભ થઈ શકે. આ પત્ર તમને તમારા બાળકને અહીં મૂકવામાં આવ્યા હોવાનું સૂચિત કરવા માટે છે:  **સ્તર III,** નેરોજિંદા ધોરણે અમલમાં મૂકાતા અને TST નું માર્ગદર્શન ધરાવતા હોય તેવા સઘન ઉપાયો તરીકે શ્રેષ્ઠ રીતે વર્ણવી શકાય. છેવટની પ્રગતિનું નિર્ધારણ થાય અને જો જરૂર હોય તો, આગળ ટેકો પૂરો પાડવામાં આવે તે પહેલાં 8-16 અઠવાડિયા જેટલા સમય માટે તમારું બાળક આ સ્તરમાં હોઈ શકે.  તમારા બાળકને જે વધારાનો ટેકો પૂરો પાડવામાં આવશે તેમાં આ સામેલ છે:  [add Intervention #1 here]  [add Intervention #2 here, if applicable]  [add Intervention #3 here, if applicable] | |
| જો તમને કોઈ પ્રશ્નો અથવા ચિંતાઓ હોય અથવા બેઠકમાં હાજર ન રહી શકો તેમ હોવ, તો કૃપા કરીને અહીં અમારો સંપર્ક કરશો:  ફોન નંબર:  ઈ-મેલ અડ્રેસ:  તમારા બાળકને ઉપાયો પૂરાં પાડવા પાછળનું અમારું ધ્યેય એ સુનિશ્ચિત કરવાનું છે કે મિસિસિપી ધોરણ સ્તરની અપેક્ષાઓ અને જરૂરિયાતો પૂરી કરવામાં  **(student name)**  સફળ રહેશે. પ્રગતિ પર દેખરેખ રાખવામાં આવશે અને તે સમગ્ર ઉપાય દરમ્યાન ચાલુ રખાશે. જો તમને કોઈ પ્રશ્નો હોય, તો કૃપા કરીને તમારા બાળકના વર્ગખંડ શિક્ષક અથવા કાઉન્સેલરનો સંપર્ક કરશો.  ભવદીય,  [Insert school administrator/TST chair signature and title here] | |

|  |  |
| --- | --- |
| **પરિશિષ્ટ E** | **વ્યક્તિગત વાંચન યોજના** |

|  |  |
| --- | --- |
| **વાંચન નિર્દેશ કાર્યક્રમ** | |
| જરૂરી બનાવાયેલા 90-મિનિટના વાંચન ગાળા દરમ્યાન સ્પષ્ટ, પદ્ધતિસરના હાર્દરૂપ વાંચન નિર્દેશો પૂરા પાડવા માટે ક્યો પુરાવા-આધારિત કાર્યક્રમ ઉપયોગમાં લેવામાં આવશે?    જરૂરી બનાવાયેલા 90-મિનિટના વાંચન ગાળા ઉપરાંત સ્પષ્ટ, પદ્ધતિસરના વાંચન ઉપાય પૂરા પાડવા માટે ક્યો પુરાવા-આધારિત કાર્યક્રમ ઉપયોગમાં લેવામાં આવશે? | હાર્દરૂપ વાંચન કાર્યક્રમ દ્વારા જે ક્ષેત્રો સંબોધાય છે તે સૂચવો:  ફોનેમિક જાગૃતિ  ફોનિક્સ  અસ્ખલિતતા  શબ્દભંડોળ  આકલનશક્તિ  *વધારાની પૂરક સામગ્રીઓ (જો લાગુ પડે તો):* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **માતાપિતાને ટેકો** *(માતાપિતા માટે ઘરે-બેસીને-વાંચન યોજના)* | | | |
| ઊણપ વાળા લક્ષ્યાંક ક્ષેત્ર(ત્રો): | | નિમ્નલિખિત વ્યૂહરચનાઓને માતાપિતા/પરિવારો દ્વારા વિદ્યાર્થીઓને વાંચન કુશળતા પ્રાપ્ત કરવામાં મદદ કરવા માટે ઉપયોગમાં લેવામાં આવે તેમ ભલામણ કરાયેલી છે: | |
| **માતાપિતા માટે લેખિત સૂચના પ્રાપ્ત થઈ** | | **માતાપિતા ઘરે-બેસીને-વાંચન યોજના પ્રાપ્ત થઈ** | |
| **માતાપિતાની સહી:** | **તારીખ:** | **માતાપિતાની સહી:** | **તારીખ:** |

|  |
| --- |
| **વધારાની સેવાઓ** |
| વિદ્યાર્થીના વાંચન કૌશલ્યના વિકાસને વેગવાન બનાવવા માટે, જો લાગુ પડે તો, શિક્ષક જેને ઉપલબ્ધ તથા યોગ્ય ગણતા હોય તેવી કોઈપણ વધારાની સેવાઓ સૂચવો: |

|  |  |
| --- | --- |
| **પરિશિષ્ટ E (ચાલુ)** | **IRP/MTSS અલાઇનમેન્ટ ચેકલિસ્ટ** |

|  |  | |  |  | | |  |  | | **તારીખ** |  | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **વિદ્યાર્થી** |  | | | | **શિક્ષક** |  | | | | | | **ધોરણ** |  |
| *વાંચનની નોંધપાત્ર ઊણપની ઓળખ થયા બાદ, દરેક વિદ્યાર્થી માટે એક વ્યક્તિગત વાંચન યોજનામાં સઘન વાંચન નિર્દેશ અને ઉપાયનું દસ્તાવેજીકરણ કરવું અનિવાર્ય છે, જેમાં ઓછામાં ઓછા, નિમ્નલિખિત દસ્તાવેજીકરણનો સમાવેશ થાય છે.*  **એક વખત તમે MTSS દસ્તાવેજીકરણ પેકેટમાં આ ભાગ માટેનું દસ્તાવેજીકરણ પૂર્ણ કરી લો તે પછી આ ખાનાંમાં નિશાન અંકિત કરો.** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | (a) નૈદાનિક મૂલ્યાંકન ડેટા તથા અન્ય સહસંબંધી ડેટા બિંદુઓ દ્વારા નિર્ધારણ થયેલી (અથવા ઓળખાયેલી) જે તે વિદ્યાર્થી માટેની, નિદાન થયેલી વાંચન કૌશલ્યની ઊણપ; | | | | | | | **MTSS દસ્તાવેજીકરણ પેકેટ**: સ્તર III *વિભાગ 3B; પાનું 14* | | | | |
|  | | (b) વિકાસ માટેના લક્ષ્યાંકો અને બેન્ચમાર્ક; | | | | | | | **MTSS દસ્તાવેજીકરણ પેકેટ**: સ્તર III *વિભાગ 3B, 3D; પાનું 14, 16* | | | | |
|  | | (c) પ્રગતિની દેખરેખ કેવી રીતે રખાશે અને મૂલ્યાંક કેવી રીતે થશે; | | | | | | | **MTSS દસ્તાવેજીકરણ પેકેટ:** સ્તર III *વિભાગ 3B, 3C, 3D; પાનું 14-16* | | | | |
|  | | (d) વિદ્યાર્થી પ્રાપ્ત કરશે તે વધારાની નિર્દેશાત્મક સેવાઓ અને ઉપાયોના પ્રકાર; | | | | | | | **MTSS દસ્તાવેજીકરણ પેકેટ:** સ્તર III *વિભાગ 3B; પાનું 14* | | | | |
|  | | (e) વાંચન નિર્દેશ પૂરો પાડવા માટે, ફોનેમિક જાગૃતિ, ફોનિક્સ, અસ્ખલિતતા, શબ્દભંડોળ અને આકલનના ક્ષેત્રોને સંબોધવા માટે શિક્ષક ઉપયોગમાં લેશે તેવો સંશોધન આધારિત વાંચન નિર્દેશ કાર્યક્રમ; | | | | | | | **MTSS દસ્તાવેજીકરણ પેકેટ**:  *પરિશિષ્ટ E* | | | | |
|  | | (f) વિદ્યાર્થીને વાંચવાની કુશળતા પ્રાપ્ત કરવામાં મદદ કરવામાં વિદ્યાર્થીના પરિવાર દ્વારા ઉપયોગમાં લેવાય તે માટે પ્રોત્સાહિત કરવામાં આવતી વ્યૂહરચનાઓ; અને, | | | | | | | **MTSS દસ્તાવેજીકરણ પેકેટ**:  *પરિશિષ્ટ E* | | | | |
|  | | (g) વિદ્યાર્થીના વાંચન કૌશલ્યના વિકાસને વેગવાન બનાવવા માટે, શિક્ષક જેને ઉપલબ્ધ તથા યોગ્ય ગણતા હોવ તેવી કોઈ વધારાની સેવાઓ | | | | | | | **MTSS દસ્તાવેજીકરણ પેકેટ**:  *પરિશિષ્ટ E* | | | | |

**નોંધ:** *IRS એ* ***\*સ્તર III (સઘન ઉપાય) માટે જરૂરી વિદ્યાર્થી દસ્તાવેજીકરણ એ MTSS સાથે સહસંબંધિત છે****. આ પાનાંઓનો ઉપયોગ એવા દરેક વિદ્યાર્થી કે જેમણે સ્તર II ઉપાયોને પ્રતિસાદ ન આપ્યો અથવા જેમને સ્તર III પર વધારાના સઘન ઉપાયોની જરૂર છે તેમને માટે TST* *સાથે મળતી વખતે કરી શકાય છે; સારા કારણસર છૂટથી બઢતી બાદ સઘન ઉપાયની જરૂર હોય તેવા 4થા ધોરણના વિદ્યાર્થીઓ; અથવા, અંગ્રેજી ભાષા શીખનારાઓ (ELs) માટે સઘન વાંચન ઉપાયો.*

***જો વિદ્યાર્થી પાસે હાલમાં વાંચનના લક્ષ્યાંકો ધરાવતો એક Individualized Education Program (વ્યક્તિગત ઓપ આપેલો શિક્ષણ કાર્યક્રમ, IEP) હોય તો શિક્ષકોએ એક Individual Reading Plan (વ્યક્તિગત વાંચન યોજના, IRP) વિકસાવવાની જરૂર નથી****. જોકે, જો વિદ્યાર્થીની IEP હાલની વાંચન સંબંધિત મુશ્કેલીઓને સંબોધતી ન હોય અને વિદ્યાર્થીને આગળ જતાં વાંચનમાં ઊણપ ઊભી થાય, તો સામાન્ય શિક્ષણ અને વિશેષ શિક્ષણના શિક્ષકોએ સાથે મળીને એ નિર્ધારણ કરવું અનિવાર્ય છે કે IEP માં લક્ષ્યાંકો ઉમેરવાની જરૂર છે કે પછી IRP સૌથી વધુ બંધ બેસે તેવો છે. જો કોઈ વિદ્યાર્થી એવી IEP ધરાવતો હોય જેમાં ફક્ત ગણિતના લક્ષ્યાંકો હોય અને વિદ્યાર્થીને આગળ જતાં વાંચનમાં સમસ્યાઓ ઊભી થાય, તો પછી K-4 વિદ્યાર્થીઓ માટે એક IRP લખવી અનિવાર્ય છે. વિદ્યાર્થીની વ્યક્તિગત જરૂરિયાતો એ લક્ષ્યાંકો અને પૂરા પાડેલા ટેકાઓથી અધિદિષ્ટ (ઉપરી) હોવી જોઈએ. IEP વિકસાવવા અને અમલમાં મૂકવા માટે તથા IEP માં સૂચવ્યા અનુસાર પ્રગતિ ઉપર દેખરેખ રાખવાનું ચાલુ રાખવા માટે સામાન્ય શિક્ષણ માટેના શિક્ષક અને વિશેષ શિક્ષણ માટેના શિક્ષકે સાથે મળીને કામ કરવું જોઈએ.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **પરિશિષ્ટ F** | | | | | **Good Cause Exemption (સારા ઉદ્દેશ વાળી છૂટ દસ્તાવેજીકરણ પત્રક: Good Cause Exemption Documentation Form) (LBPA)** | | | | | | | | | | | | | |
| **વિદ્યાર્થીનું નામ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| વિદ્યાર્થીની ઓળખ વાંચનમાં ઊણપ ધરાવનારા તરીકે થઈ છે એવું જણાવતી અને દરેક ત્રિમાસિક માટે પ્રગતિ અહેવાલ સાથેની  સૂચના માતાપિતા/વાલીઓને મોકલી આપવામાં આવી છે. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **તારીખ:** | **તારીખ:** | | | | | | **તારીખ:** | | | | | **તારીખ:** | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | IRP તૈયાર કરાયું (જો લાગુ પડે તો કૃપા કરીને બીડાણ કરો.) | માતાપિતા/વાલીઓને ઘરે-બેસીને-વાંચન યોજના મોકલાઈ. | | **તારીખ:** | **તારીખ:** | |  |  |  | **છૂટ** | **વર્ણન** | **જરૂરી દસ્તાવેજીકરણ** | | --- | --- | --- | | **A**  **(અંગ્રેજી ભાષા વિદ્યાર્થીઓ)**    **(વિદ્યાર્થી પ્રારંભિક કસોટીમાં "પૂર્તતા નથી કરતા” પ્રાપ્ત કરે તે પછી અરજી કરી શકે છે)** | અંગ્રેજી ભાષા કાર્યક્રમમાં 2 વર્ષથી ઓછા સમય માટે નિર્દેશ પ્રાપ્ત કરનાર અંગ્રેજી ભાષા વિદ્યાર્થીઓ. | * સારા ઉદ્દેશ માટે છૂટ દસ્તાવેજીકરણ પત્રક * હાલની ભાષા સેવા યોજના * સેવાની સ્થિતિ સૂચવતું સંચિત ચોપાનિયું/MSIS સ્ક્રીનશોટ | | અંગ્રેજી ભાષા શીખનાર કાર્યક્રમમાં 2 વર્ષથી વધુ સમય માટે નિર્દેશ પ્રાપ્ત કરનાર અંગ્રેજી ભાષા વિદ્યાર્થીઓ. | * સારા ઉદ્દેશ માટે છૂટ દસ્તાવેજીકરણ પત્રક * હાલની ભાષા સેવા યોજના * સેવાની સ્થિતિ સૂચવતું સંચિત ચોપાનિયું/MSIS સ્ક્રીનશોટ * નોંધણી થયેલ દરેક વર્ષ માટે વાંચન અને લેખનના ક્ષેત્રોમાં સ્તર 4 થી નીચે પ્રદર્શન (પ્રાવીણ્ય)નું નિદર્શન કરતા ELPT વિદ્યાર્થી પ્રાવીણ્ય અહેવાલો   **અને**   * નોંધણી થયેલ દરેક વર્ષ માટે ટેકો અપાયો હોય તેવા વાંચનના ક્ષેત્રના એક લક્ષ્યાંક સહિતની Language Service Plan (ભાષા સેવા યોજના, LSP)   **અને**   * નોંધણી થયેલ દરેક વર્ષ માટે ધોરણથી નીચું સ્તર દર્શાવતા વાંચન સ્ક્રીનર પરિણામો   **અને**   * નોંધણી થયેલ દરેક વર્ષ માટે MTSS કાગળ પરની કાર્યવાહી, અને શૈક્ષણિક વાંચન ટેકાઓ માટે સ્તર III દસ્તાવેજીકરણ સામેલ હોવું અનિવાર્ય છે.     ચાર (4) માપદંડોમાંના દરેક એ દર્શાવતા હોય તે જરૂરી છે કે ભાષા કૌશલ્ય પ્રાપ્ત થયું છે અને વાંચન માટેના ટેકાઓ પૂરા પડાયા છે. અગાઉની શાળાઓમાંથી ઉપલબ્ધ તમામ ડેટા સામેલ કરો. | | **B**  **(SCD અથવા મંજૂર તબીબી કટોકટી)** | વિદ્યાર્થીઓએ સૂચવેલા SCD. આને માટે વિદ્યાર્થી જ્યારે ધોરણ 3 નું MAAP-A મૂલ્યાંકન કરાવે તે વર્ષે અરજી કરાવી જોઈએ. (હાલના શાળા વર્ષની 1લી સપ્ટેમ્બર સુધીમાં સમકક્ષ ઉંમર/સમકક્ષ ધોરણ = 8) | * સારા ઉદ્દેશ માટે છૂટ દસ્તાવેજીકરણ પત્રક * SCD નિર્ધારણ પાનાં સહિતની હાલની IEP   ***અથવા***   * SCD સૂચક અંકિત કર્યો હોય તે MSIS નો સ્ક્રીનશોટ | | વિદ્યાર્થીને નોંધપાત્ર તબીબી કટોકટી થઈ હોવી. | * [સારા ઉદ્દેશ માટે છૂટ દસ્તાવેજીકરણ](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf) પત્રક * Caveon તરફથી નોંધપાત્ર તબીબી કટોકટી અંગેની મંજૂરી | | **C**  **(IEP/504 વિદ્યાર્થીઓ)**  **(વિદ્યાર્થી પ્રારંભિક કસોટીમાં "પૂર્તતા નથી કરતા” પરિણામ પ્રાપ્ત કરે તે પછી અરજી કરી શકે છે)** | એવા IEP/504 વિદ્યાર્થીઓ જેમને ક્યાંતો  અગાઉ એક વખત એ જ ધોરણમાં રાખી મૂકાયા હોય | * સારા ઉદ્દેશ માટે છૂટ દસ્તાવેજીકરણ પત્રક * હાલની IEP/504 * સંચિત ચોપાનિયું/MSIS સ્ક્રીનશોટ   **(1 વર્ષ કોઈ ધોરણમાં રાખી મૂકાયાનું સૂચવતું)** | | **અથવા** | | | બે વર્ષ માટેનો **વાંચન ઉપાય** પ્રાપ્ત કર્યો | * [સારા ઉદ્દેશ માટે છૂટ દસ્તાવેજીકરણ](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf) પત્રક * હાલની IEP/504 * સંચિત ચોપાનિયું/MSIS સ્ક્રીનશોટ * *2 વર્ષ માટે* ***વાંચન ઉપાય***  *પ્રાપ્ત કર્યાનો પુરાવો આના થકી:* * અગાઉના વર્ષોના IEP વાંચન લક્ષ્યાંકોની દેખરેખ   ***અથવા***   * 2 વર્ષ માટે **સ્તર III** MTSS દસ્તાવેજીકરણ   ***અથવા***   * દેખરેખર રખાયેલ IEP લક્ષ્યાંકોની દેખરેખ અને સ્તરની કાગળ પરની કાર્યવાહીનું સંયોજન | | [MS કૉડ 37-173-21 અનુસાર ડિસ્લેક્સિઆ ઉપચાર, શાળાના કલાકોની બહાર હાથ ધરાઈ](https://law.justia.com/codes/mississippi/2019/title-37/chapter-173/section-37-173-21/) | * [સારા ઉદ્દેશ માટે છૂટ દસ્તાવેજીકરણ](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf) પત્રક * દરેક સમયપત્રકના બેન્ચમાર્કનું દસ્તાવેજીકરણ * લાયકાત ધરાવતા કર્મચારીઓ દ્વારા સહી કરેલ કલાકો અને સેવાઓની નોંધનું કોષ્ટક. | | **D**  **(કોઈપણ પુન:પરીક્ષણ કરનારાઓ)**  **(વિદ્યાર્થી 1લો ફેરપ્રયાસ અથવા 2જો ફેરપ્રયાસ પાસ કરે તે પછી અરજી કરી શકાય છે)** | જે વિદ્યાર્થીઓએ એક વૈકલ્પિક મૂલ્યાંક પાસ કર્યું હોય **(પુન:પરીક્ષણ 1 અથવા પુન:પરીક્ષણ 2)** | * સારા ઉદ્દેશ માટે છૂટ દસ્તાવેજીકરણ પત્રક * વિદ્યાર્થી પાસ થયો છે એવું દર્શાવતો વ્યક્તિગત વિદ્યાર્થી અહેવાલ | | **E**  **(સામાન્ય શિક્ષણ)**  **(વિદ્યાર્થી પ્રારંભિક કસોટીમાં "પૂર્તતા નથી કરતા” પરિણામ પ્રાપ્ત કરે તે પછી અરજી કરી શકે છે)** | એવા વિદ્યાર્થીઓ જેઓ **હાલના શાળા વર્ષ પૂર્વે બે વખત નાપાસ થયા હોય**  **અને**  જેમણે બે વર્ષ માટે સઘન વાંચન ઉપાય પ્રાપ્ત કર્યો હોય **(વર્ષ ઉપરાછાપરી હોવા જરૂરી નથી).** | * [સારા ઉદ્દેશ માટે છૂટ દસ્તાવેજીકરણ](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf) પત્રક * સંચિત ચોપાનિયું/MSIS સ્ક્રીનશોટ (**2 વખત એક ધોરણમાં રાખી મૂકાયા હોવાનું સૂચવતું)** * 2 વર્ષ માટે **સ્તર III** MTSS દસ્તાવેજીકરણ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| શિક્ષકે પ્રિન્સિપાલને વિનંતી કરી અને સારા ઉદ્દેશવાળી છૂટનું દસ્તાવેજીકરણ સુપ્રત કર્યું. | | | પ્રિન્સિપાલે શિક્ષક અને માતાપિતા સાથે ભલામણોની સમીક્ષા અને ચર્ચા કરી. | | | | | પ્રિન્સિપાલે દસ્તાવેજીકરણ સુપ્રિન્ટેન્ડન્ટને સુપ્રત કર્યું. | | | | | સુપરિન્ટન્ડન્ટનો નિર્ણય:  **સ્વીકાર્ય**  **નકારેલું** | | | | | |
| **તારીખ:** | | | **તારીખ:** | | | | | **તારીખ:** | | | | | **તારીખ:** | | | | | |
| **નિર્ણય** | | **રોકી રાખો  બઢતી આપો સારા ઉદ્દેશવાળી છૂટને આધારે** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ટિપ્પણીઓ:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ભરનાર: | | | |  | | | | | | હોદ્દો: |  | | | તારીખ: | | |  | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| માતાપિતા/વાલી (મોટા અક્ષર) | | | | | |  | | | સહી | | | | | |  | તારીખ | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| શિક્ષક (મોટા અક્ષર) | | | | | |  | | | સહી | | | | | |  | તારીખ | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| પ્રિન્સિપાલ (મોટા અક્ષર) | | | | | |  | | | સહી | | | | | |  | તારીખ | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| સુપરિન્ટેન્ડન્ટ (મોટા અક્ષર) | | | | | |  | | | સહી | | | | | |  | તારીખ | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APPENDIX K** | **Spanish Translated documents  *(for use when meeting with parents/guardians of English learners as needed)*** | | | | | | | |
| **SECCIÓN 2A.1** | **DOCUMENTACIÓN DE LA REUNIÓN DE INTERVENCIÓN** | | | | | | | |
| *Instrucciones:* **PROFESORES,** complete este formulario si los datos del aula, datos de la evaluación universal y otra información disponible no muestra un progreso adecuado del estudiante y se necesita más apoyo. Adjunte el formulario completado **Sección 1A, 1B o 1C; 1D.** | | | | | | | | |
| **A:** **PRESIDENTE DEL EQUIPO DE APOYO AL PROFESOR** | | | | | | | | |
| Solicito que se revisen los datos disponibles (student name) para ayudar a brindar intervenciones que mejoren su desempeño general. He observado problemas que interfieren con su progreso educativo en las siguientes áreas:  Rendimiento académico, calificaciones bajas o reprobatorias  Comportamiento y/o disciplina  Otro (especifique): | |  | | Apoyos de Nivel Uno proporcionados al Estudiante: | | | | |
|  | |
| Profesor: | | Padres: | | | | Fecha de Reunión: | Fecha de implementación de la intervención: | |
|  | |  | | | |  | (debe ser dentro de 2 semanas) | |
|  | | | | | | | | |
| **RESUMEN DE DISCUSIÓN (si es necesario, continue en la parte de atrás):** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **FIRMA DE ASISTENTES PRESENTES** | | | **TÍTULO** | | **FIRMA DE ASISTENTES PRESENTES** | | | **TÍTULO** |
|  | | | Administrador | |  | | | Padres |
|  | | | Intervencionista | |  | | | Consejero |
|  | | | Profesor | |  | | | Otro |
| **PRÓXIMOS PASOS RECOMENDADOS** | | | | | | | | |
| Contactar a los padres  Implementar la intervención académica de Nivel II en las áreas necesarias:  Lectura  Matemáticas  Arte del Lenguaje  Otro  Implementar la intervención de comportamiento en el Nivel II  Realizar una reunión con el estudiante  Realizar una observación del comportamiento (Datos ABC)  Intervención(es) fallida(s)  Modificar las intervenciones actuales en el comportamiento y continuar con las intervenciones de Nivel II  Otro: | | | | | Regresar al aula de educación general de Nivel I  Continuar con las intervenciones educativas en el Aula de Educación General (Nivel II)  Administrar una prueba de desarrollo (para 5 años de edad, en la escuela)  Administrar una prueba de audición y visión  Solicitar seguimiento médico  Referir a consejero escolar  Referir a la agencia comunitaria  Completar el Paquete de Narrativa del Profesor  Referir al Teacher Support Team | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECCIÓN 3E** | **Invitación al Teacher Support Team** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Estudiante** |  |
| **Nombre del Profesor** |  |
| **Escuela** |  |
| **Fecha** |  |

Estimado Padre o Tutor:

Al Equipo de Apoyo al Profesor (TST) le gustaría invitarle a una reunión para hablar sobre el progreso de su hijo en la escuela. El propósito del TST es revisar y considerar toda la información disponible y recomendar estrategias e intervenciones educativas adicionales para ayudar a su hijo. El TST puede estar compuesto por un administrador, un profesor, un intervencionista, un consejero y otras personas que puedan trabajar con su hijo. Agradecemos y deseamos su participación para involucrarse activamente e informarse sobre nuestras iniciativas para apoyar mejor el aprendizaje de su hijo. Si no puede asistir a la reunión, se le proporcionará una copia del acta para su revisión.

Se ha programado una reunión con (Student Name) para hablar sobre su progreso en el Comportamiento  Académico .

Fecha:

Hora:

Ubicación:

Podré asistir en persona.

Podré asistir virtualmente.

No podré asistir, por favor envíeme una copia del acta.

Firma del Padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si tiene cualquier pregunta o comentario, por favor comuníquese conmigo a:

Número de teléfono:

Dirección de correo electrónico:

Cordialmente,

[Insert school administrator/TST chair signature and title here]

|  |  |
| --- | --- |
| **SECCIÓN 3F** | **Declaración de Confidencialidad** |

**NOTA:** *Este formulario debe completarse antes de participar en el proceso del TST.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Estudiante** |  | **Año Escolar** |  |

Acepto que toda la información (es decir, información de profesores y estudiantes, datos de rendimiento escolar, datos demográficos específicos, etc.) relacionada con el proceso TST se mantendrá estrictamente confidencial. No contactaré a nadie ajeno a la función oficial de este proceso TST por ningún motivo, ni tomaré notas ni copias de ningún documento utilizado durante el proceso. Consulte la página Web <https://www.mdek12.org/OTSS/MSIS/FERPA> para más información.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *Firma* |  | *Título* |  | *Fecha* |
|  |  |  |  |  |
| *Firma* |  | *Título* |  | *Fecha* |
|  |  |  |  |  |
| *Firma* |  | *Título* |  | *Fecha* |
|  |  |  |  |  |
| *Firma* |  | *Título* |  | *Fecha* |
|  |  |  |  |  |
| *Firma* |  | *Título* |  | *Fecha* |
|  |  |  |  |  |
| *Firma* |  | *Título* |  | *Fecha* |
|  |  |  |  |  |
| *Firma* |  | *Título* |  | *Fecha* |
|  |  |  |  |  |
| *Firma* |  | *Título* |  | *Fecha* |
|  |  |  |  |  |
| *Firma* |  | *Título* |  | *Fecha* |
|  |  |  |  |  |
| *Firma* |  | *Título* |  | *Fecha* |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECCIÓN 3G** | **Información de Fin de Año del Sistema de Apoyo de Varios Niveles (MTSS)** |

*Instrucciones:* Complete el formulario de Información de Fin de Año del MTSS para todos los estudiantes que reciben apoyos de intervención de Nivel II o Nivel III. Asegúrese de colocar una copia en la carpeta del historial del estudiante.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estudiante** |  | | **Profesor** |  | | |
| **Escuela** |  | | **Año Escolar** |  | **Grado** |  |
| **Consejero** |  | | **Intervencionista** |  | | |
| **Grados Anteriores Repetidos** | |  | **Promovido/Retenido** |  | | |
| **Ubicación de Niveles recomendada para el**       **Año Escolar** | | **Lectura** | **Matemáticas** | **Comportamiento** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CUESTIONARIO UNIVERSAL/PUNTO DE REFERENCIA** | | | **CUESTIONARIO SOBRE DISLEXIA** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **Calificaciones de Otoño al Inicio de Año** | **Calificaciones de Invierno a la Mitad de Año** | **Calificaciones de Primavera al Final de Año** | | **LECTURA** |  |  |  | | **MATEMÁTICAS** |  |  |  | | **COMPORTAMIENTO** |  |  |  | | | | |  |  | | --- | --- | |  | **Aprobado/Reprobado** | | **K (PRIMAVERA)** |  | | **1er GRADO (OTOÑO)** |  | |
| **ASISTENCIA** | **GRADOS AL FINAL DEL AÑO** | | **COMPORTAMIENTO** |
| |  | | --- | | **TOTAL DE DÍAS AUSENTE EN EL AÑO** | |  | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ARTE DEL LENGUAJE INGLÉS** | **MATEMÁTICAS** | **CIENCIAS** | **ESTUDIOS SOCIALES** | |  |  |  |  | | | |  |  | | --- | --- | | **Suspensión Fuera de la Escuela** |  | | **Suspensión Dentro de la Escuela** |  | | **Referencias de Oficina** |  | |
| **EVALUACIÓN INTEGRAL** | | **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN** | |
| ¿Ha recibido alguna vez el estudiante una evaluación integral??  Sí  No   |  |  | | --- | --- | | **Fecha** |  | | | Describa el programa/estrategias de intervención utilizadas. | |
| **PRUEBAS EXTERNAS** | |
| ¿Existe documentación de pruebas externas previas y/o documentación médica en historial del estudiante?  Sí  No   |  |  | | --- | --- | | **Fecha** |  | | **Diagnóstico** | | | |
| **NIVEL DE APOYO ESCALONADO AL FINAL DEL AÑO ESCOLAR** | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **NIVEL I** | | **NIVEL II** | | **NIVEL III** | | | Lectura |  | Lectura |  | Lectura |  | | Matemáticas |  | Matemáticas |  | Matemáticas |  | | Comportamiento |  | Comportamiento |  | Comportamiento |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO A** | **Hoja de Trabajo Social/Emocional** |
| *Instrucciones:* Los profesores o consejeros del aula deben completar esta lista de verificación para ayudar en la recopilación de información para determinar si  el estudiante necesita intervenciones conductuales de Nivel II o Nivel III.  **NOTA:** Esta hoja de trabajo no es una herramienta de evaluación del comportamiento. Para obtener recursos de evaluación del comportamiento, visite [https://mdek12.org/OAE/OEER/ InterventionServices](https://mdek12.org/OAE/OEER/%20InterventionServices). | |

|  |
| --- |
| **EL ESTUDIANTE** |
| se ha dado a la fuga  ha sido sorprendido robando en la escuela  ha salido de clase sin permiso  ha insultado a personal de la escuela  ha amenazado con hacer daño al personal de la escuela o ha deseado hacerle daño  ha sido suspendido por pelear  ha intentado suicidarse  ha recibido infracciones relacionadas con tabaco en la escuela  ha recibido infracciones relacionadas con drogas/alcohol en la escuela |
| **INTERÉS EN LA CLASE** |
| Alto  Promedio  Bajo  Otro, por favor especifique: |
| **PARTICIPACIÓN EN LA CLASE** |
| casi siempre  frecuentemente  ocasionalmente  rara vez |
| **PREPARACIÓN EN EL AULA** |
| siempre trae los útiles necesarios  generalmente trae los útiles  rara vez viene a clase con los útiles  nunca trae los útiles a clases |
| **MOTIVACIÓN** |
| completa la tarea  completa aproximadamente la mitad de la tarea  tiende a rendirse fácilmente  tiene dificultad para empezar las tareas |
| **POR LO QUE SE SABE** |
| Este estudiante está involucrado con el sistema judicial.  Este estudiante está en consejería.  Este estudiante está tomando medicamentos. |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL ESTUDIANTE** | **FECHA** |
|  | |
| **EL ESTUDIANTE INTERRUMPE LA CLASE** | |
| se inquieta  es demasiado activo  no permanece en su asiento  no respeta turno para hablar  perturba a los demás cuando trabajan  busca constantemente la atención  es excesivamente agresivo con los demás (p. ej., peleas físicas)  es beligerante con los profesores y otras personas con autoridad  es desafiante o terco  es impulsivo  no puede esperar su turno  actúa sin pensar en las consecuencias | |
| **ESTUDIANTE ES RETRAÍDO** | |
| es tímido  tiene dificultad para hacer amigos, se sienta solo en la cafetería  no participa en las actividades grupales del aula  se ajusta excesivamente a las reglas  parece soñar despierto o estar desconectado de la realidad con la clase  tiene dificultad para expresar sus sentimientos | |
| **ESTUDIANTE ES ANSIOSO** | |
| parece deprimido  rara vez sonríe  parece tenso  parece asustado o preocupado.  llora con facilidad  no confía en los demás. | |
| **OTROS COMPORTAMIENTOS SOCIOEMOCIONALES** | |
| carece de confianza en sí mismo  dice "no puedo" incluso antes de intentarlo  reacciona mal ante la decepción  es demasiado sensible a la decepción  depende de los demás  se mantiene cerca de adultos  finge estar enfermo  tiene un mal aspecto o higiene personal | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO B** | | | | **Plan de Servicios Lingüísticos (LSP) *(para estudiantes con Dominio Limitado del Inglés)*** | | | | | | | | | | | |
| Este formulario debe ser completado por la persona responsable del programa de enseñanza para los Estudiantes del Idioma Inglés y el profesor del aula. Este formulario debe actualizarse anualmente. **Persona completando este formulario** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL ESTUDIANTE** | | | | |  | | | | | **FDN** |  | | | **Edad** |  |
| **IDIOMA PRINCIPAL HABLADO** | | |  | | | | | | **IDIOMA(S) HABLADO EN EL HOGAR** | |  | | | | |
| **ADICIONAL**  **IDIOMA(S)** | |  | | | | | **FECHA DE PRIMERA MATRÍCULA EN UNA** **ESCUELA EN EE.UU.** | |  | | **ESTATUS MIGRATORIO**(< 3 años) | |  | | |
| **NOMBRE DE PADRE/TUTOR** | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **TELÉFONO** | (hogar) | | | | | | | (trabajo) | | | | (Nº celular) | | | |
| **LA COMUNICACIÓN ENTRE EL HOGAR Y LA ESCUELA** se solicita al padre/tutor en: | | | | | | | | Inglés **O**  Lengua Materna:  Oral **O**  Escrito | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HISTORIAL ACADÉMICO ANTES DE INGRESAR AL DISTRITO ACTUAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Edad de Inicio de la Escuela |  | | | Años en Preescolar/Kindergarten | | |  | Años en grados 1-5 | |  | | Años en grados 6-12 | |  |
| Último grado completado | |  | | | Educación Formal Interrumpida  Educación Limitada  Sin Educación Formal | | | | | | | | | |
| ¿El estudiante ha sido referido a educación especial? | | | Sí  No | | | ¿Tiene el niño un IEP? | | | Sí  No | | ¿Tiene el niño un Plan 504? | | Sí  No | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HISTORIAL ACADÉMICO DEL NIVEL DE LOGRO** | | | | |
| **ASIGNATURA** | **POR DEBAJO DEL**  **NIVEL DE GRADO** | **AL NIVEL DE GRADO O ARRIBA** | **MÉTODO USADO  PARA DETERMINAR EL NIVEL** | **NO HAY INFORMACIÓN DISPONIBLE** |
| *Ejemplo: Matemáticas* | *X* |  | *calificación del curso del año anterior (D)* |  |
| Matemáticas |  |  |  |  |
| Lectura |  |  |  |  |
| Escritura |  |  |  |  |
| Estudios Sociales |  |  |  |  |
| Ciencias |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE LA PRUEBA DE DOMINIO DEL IDIOMA INGLÉS (ELPT)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PRUEBA** | **Fecha** | **Calificación** | **Nivel** | **Fecha** | **Calificación** | **Nivel** | **Fecha** | **Calificación** | **Nivel** | **Fecha** | **Calificación** | **Nivel** | **Fecha** | **Calificación** | **Nivel** |
| ELPT  Hablar |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ELPT  Escuchar |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ELPT  Lectura |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ELPT  Escritura |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Compuesta**  **CALIFICACIÓN** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO B (continuación)** | **Plan de Servicios Lingüísticos (LSP) *(para estudiantes con Dominio Limitado del Inglés)*** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SERVICIO DE APRENDIZAJE DE INGLÉS** | | | | | |
| Fecha Identificada del programa de Estudiante de Inglés: | | Fecha Ingresó al Programa de Estudiantes de Inglés: | | | |
| El estudiante de inglés recibirá servicios directos por **Minutos       Días a la semana** | | | | | |
| El estudiante será ubicado en una clase de inglés por un crédito *(Sólo grados 7-12)* **Año:       Semestre:** | | | | | |
| Los padres rechazaron los servicios (la escuela aún está obligada a prestarlos) | | | Comentarios: |  | |
| Número de años hasta que el estudiante sea identificado como un Estudiante de Inglés a Largo Plazo (LTEL): | | | | | |
| Enumere objetivos mensurables específicos para cada dominio (Escuchar, Hablar, Leer y Escribir): | | | | | |
| **ESCUCHAR** | **HABLAR** | **LECTURA** | | | **ESCRITURA** |
|  |  |  | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ADAPTACIONES PARA EXÁMENES ESTANDARIZADOS** | | |
| Consulte la edición actual del [**Manual de Adaptaciones para Exámenes de Mississippi**](https://www.mdek12.org/OSA) para las adaptaciones permitidas para cada evaluación. Especifique cada adaptación de la prueba, su código y cada prueba estandarizada a la que se aplica. NOTA: Las adaptaciones que se enumeran a continuación deben utilizarse durante las evaluaciones regulares en el aula y en las evaluaciones distritales antes de su uso en las evaluaciones estatales. | | |
| **ADAPTACIÓN(ES)** | **CÓDIGO #** | **PRUEBA(S)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO B (continuación)** | **Plan de Servicios Lingüísticos (LSP) *(para estudiantes con Dominio Limitado del Inglés)*** |

Todas las adaptaciones para las pruebas son en el aula; sin embargo, no todas las adaptaciones en el aula son para las pruebas estatales.

|  |  |
| --- | --- |
| **APOYOS Y ADAPTACIONES/MODIFICACIONES DIDÁCTICAS EN EL AULA** | |
| Para satisfacer las necesidades de este niño, las siguientes son recomendaciones para usar en la instrucción regular en el aula: | |
| Parafrasear o repetir las instrucciones en inglés  Instrucciones personales  Leer las instrucciones del examen (pero no los elementos del examen) a cada estudiante o en grupos pequeños, repitiendo o parafraseando las instrucciones, si es necesario.  Dictar las respuestas al administrador/supervisor del examen (escribir) solo en inglés  Lector (administración oral)  Diccionarios palabra por palabra en su lengua materna/diccionarios electrónicos palabra por palabra (sin definiciones).  Presentar las preguntas con la misma redacción que el aprendizaje/repaso.  Tareas en clase y en casa reducidas y/o modificadas  Evaluaciones modificadas (p. ej., orales)  Dividir las tareas/instrucciones en subtareas  Aumentar el tiempo de espera  Tiempo adicional para completar las tareas y exámenes  ESS (Servicios Escolares Ampliados)  Proporcionar preguntas para debatir en clase con antelación  Etiquetar los elementos del aula  Vista previa del contenido académico | Proporcionar tareas abreviadas  Hable de frente al estudiante - hable despacio  Escribir en letra de molde en lugar de cursiva; escribir a máquina todas las notas, exámenes y folletos  Usar material de texto de alto interés y bajo vocabulario  Usar retroproyector y proporcionar copias a los estudiantes de las transparencias, notas y conferencias del profesor  Hacer que la instrucción sea visual - usar organizadores gráficos, imágenes, mapas, gráficos, etc. para facilitar la comprensión  Resaltar/codificar por colores las tareas, instrucciones y cartas a casa  Colocar en pareja a los estudiantes de inglés con un compañero que hable inglés para que les ayude  Ofrecer asientos preferenciales o asientos con un compañero  Verificar la comprensión con frecuencia  Hacer preguntas que permitan al estudiante responder con éxito  Permitir que el estudiante tenga la oportunidad de leer en voz alta con éxito  Usar materiales manipulativos  Usar audio libros  Grabar material para que el estudiante lo escuche  Ejercicios de correspondencia de vocabulario/completar espacios en blanco con palabras  OTRO: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONAS INVOLUCRADAS EN EL DESARROLLO DEL PLAN DE SERVICIOS LINGÜÍSTICOS** | | |
| *Al firmar este formulario, acepto que he leído y comprendido la información del Plan de Servicios Lingüísticos.* | | |
| **DIRECTOR** *Firma* **NOMBRE EN LETRA DE MOLDE** |  | **PADRE** *Firma* **NOMBRE EN LETRA DE MOLDE** |
| **COORDINADOR DE ESTUDIANTE DE INGLES** *Firma* **NOMBRE EN LETRA DE MOLDE** |  | **PADRE** *Firma* **NOMBRE EN LETRA DE MOLDE** |
| **PROFESOR DE ESTUDIANTE DE INGLES** *Firma* **NOMBRE EN LETRA DE MOLDE** |  | **ESTUDIANTE** *Firma* **NOMBRE EN LETRA DE MOLDE** |
| **PROFESOR** *Firma* **NOMBRE EN LETRA DE MOLDE** |  | **INTERPRETE** *Firma* **NOMBRE EN LETRA DE MOLDE** |
| **PROFESOR** *Firma* **NOMBRE EN LETRA DE MOLDE** |  | **FECHA** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO B (continuación)** | | | | **Documentación del estado de salida/seguimiento  *(para estudiantes que cumplen con las calificaciones para salir de los Servicios de Aprendizaje de Inglés)*** | | | | | | | |
| Este formulario debe ser completado por la persona responsable de la salida y el seguimiento del estudiante. | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL ESTUDIANTE** | |  | | | | | | **FECHA DE NACIMIENTO** | | |  |
| **NOMBRE DE PADRE/TUTOR** | | |  | | | | | | | | |
| **TELÉFONO** | (hogar) | | | | | (trabajo) | | | (Nº celular) | | |
| **LA COMUNICACIÓN ENTRE EL HOGAR Y LA ESCUELA** se solicita al padre/tutor en: | | | | | Inglés **O**  Lengua Materna:  Oral **O**  Escrito | | | | | | |
| **PERSONA RESPONSABLE DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO** | | | | | | | | | | | |
| **AÑO 1** | | | **AÑO 2** | | | | **AÑO 3** | | | **AÑO 4** | |
|  | | |  | | | |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE SALIDA DEL SERVICIO DE APRENDIZAJE DE INGLÉS** | | | | | |
| **Fecha de elegibilidad de SALIDA** | |  | | | |
| Para poder salir del estatus de Estudiante de Inglés, los estudiantes deben obtener una calificación de 4 ó 5 en las pruebas de Lectura, Escritura y General de la evaluación de ELPA21. Criterios para determinar la salida del estatus de Estudiante de Inglés (calificaciones de la ELPT): Fecha de la prueba: | | | | | |
| **ESCUCHAR** | **HABLAR** | | **LEER\*** | **ESCRIBIR\*** | **GENERAL\*** |
|  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEGUIMIENTO** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fecha de Inicio** |  | | | | **Fecha de Notificación a los Padres** | | |  | | | **Fecha prevista para la CONCLUSIÓN DEL ESTADO DE SEGUIMIENTO** *(Mínimo de 4 años)* | | | | |  | |
| **RESULTADOS DE LA TARJETA DE CALIFICACIONES Y DE LA EVALUACIÓN ESTATAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AÑO 1** | | | | | | | | |  | **AÑO 2** | | | | | | | | |
| Nivel de grado: | | | Nombre de la Escuela: | | | | | |  | Nivel de grado: | | | Nombre de la Escuela: | | | | | |
|  | | **T1** | | **T2** | | **T3** | **T4** | |  |  | | **T1** | | **T2** | **T3** | | **T4** | |
| ARTE DEL LENGUAJE INGLÉS | |  | |  | |  |  | |  | ARTE DEL LENGUAJE INGLÉS | |  | |  |  | |  | |
| Matemáticas | |  | |  | |  |  | |  | Matemáticas | |  | |  |  | |  | |
| Ciencias | |  | |  | |  |  | |  | Ciencias | |  | |  |  | |  | |
| Estudios Sociales | |  | |  | |  |  | |  | Estudios Sociales | |  | |  |  | |  | |
| Otro | |  | |  | |  |  | |  | Otro | |  | |  |  | |  | |
| Otro | |  | |  | |  |  | |  | Otro | |  | |  |  | |  | |
| Resultados de la Evaluación Estatal: | | | | | | | | |  | Resultados de la Evaluación Estatal: | | | | | | | | |
| ¿Se graduará a tiempo el estudiante?  Sí  No | | | | | | | | |  | ¿Se graduará a tiempo el estudiante?  Sí  No | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO B (continuación)** | **Documentación del estado de salida/seguimiento  *(para estudiantes que cumplen con las calificaciones para salir de los Servicios de Aprendizaje de Inglés)*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEGUIMIENTO, continuación** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fecha de Inicio** |  | | | | **Fecha de Notificación a los Padres** | | |  | | | **Fecha prevista para la CONCLUSIÓN DEL ESTADO DE SEGUIMIENTO** *(Mínimo de 4 años)* | | | | |  | |
| **RESULTADOS DE LA TARJETA DE CALIFICACIONES Y DE LA EVALUACIÓN ESTATAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AÑO 3** | | | | | | | | |  | **AÑO 4** | | | | | | | |
| Nivel de grado: | | | Nombre de la Escuela: | | | | | |  | Nivel de grado: | | | Nombre de la Escuela: | | | | |
|  | | **T1** | | **T2** | | **T3** | **T4** | |  |  | | **T1** | | **T2** | **T3** | | **T4** |
| ARTE DEL LENGUAJE INGLÉS | |  | |  | |  |  | |  | ARTE DEL LENGUAJE INGLÉS | |  | |  |  | |  |
| Matemáticas | |  | |  | |  |  | |  | Matemáticas | |  | |  |  | |  |
| Ciencias | |  | |  | |  |  | |  | Ciencias | |  | |  |  | |  |
| Estudios Sociales | |  | |  | |  |  | |  | Estudios Sociales | |  | |  |  | |  |
| Otro | |  | |  | |  |  | |  | Otro | |  | |  |  | |  |
| Otro | |  | |  | |  |  | |  | Otro | |  | |  |  | |  |
| Resultados de la Evaluación Estatal: | | | | | | | | |  | Resultados de la Evaluación Estatal: | | | | | | | |
| ¿Se graduará a tiempo el estudiante?  Sí  No | | | | | | | | |  | ¿Se graduará a tiempo el estudiante?  Sí  No | | | | | | | |

Si la información de este formulario indica que el ex estudiante de idioma inglés tiene dificultades, indique los pasos que se tomarán para apoyar al estudiante y los resultados:

El estudiante fue referido a servicios de intervención (se debe completar la documentación correspondiente).

El estudiante fue referido a Consejería.

El estudiante fue referido a una nueva evaluación para servicios de aprendizaje de inglés. Para que los estudiantes puedan reingresar al programa de Estudiante de Inglés, deben volver a realizar el examen de nivel de ELPA21 y cumplir con los requisitos. **(Esto solo debe hacerse si el idioma se considera la causa principal de las dificultades académicas).**

|  |
| --- |
| **COMENTARIO(S) (Indique las medidas tomadas para apoyar al estudiante):** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO C** | | | | **Lista de Verificación de Dislexia en la Escuela Primaria para Profesores** | | | | |
| *Instrucciones:* Los profesores completan este formulario para ayudar en el proceso de toma de decisiones sobre la selección e implementación de intervenciones. Para más orientación consulte la Guía de Apoyo para la Dislexia. Visite <https://mdek12.org/OAE/OEER/Dyslexia>. | | | | | | | | |
| **ESTUDIANTE** | |  | | | **PROFESOR** |  | **FECHA** |  |
| **POTENCIAL ACADÉMICO** | | | | | | | | |
| **SÍ** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Parece el estudiante tener la capacidad académica para desarrollar habilidades de lectura, escritura y ortografía? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Están las habilidades de lectura, escritura u ortografía del estudiante por debajo de lo esperado según su potencial académico? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene el estudiante un historial de éxito inconsistente al completar evaluaciones o tareas relacionadas con la lectura, escritura u ortografía? | | | | | |
| **LECTURA** | | | | | | | | |
| **SÍ** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene el estudiante dificultad para adquirir habilidades de procesamiento fonológico como combinar, segmentar, rimar y manipular sonidos? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene el estudiante dificultad para recordar una secuencia de sonidos desconocidos? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene el estudiante dificultad para recordar eficazmente palabras básicas reconocibles a simple vista? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene el estudiante dificultad para deletrear las palabras? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Comprende el estudiante el texto cuando otros lo leen en voz alta? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Le falta fluidez al estudiante al leer en voz alta? | | | | | |
| **ALFABETO Y ORTOGRAFÍA** | | | | | | | | |
| **SÍ** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene el estudiante dificultad para escribir las letras del alfabeto en secuencia sin un modelo? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene el estudiante dificultad para nombrar las vocales? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene el estudiante dificultad para usar las vocales cortas correctas al escribir palabras? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene el estudiante dificultad con la ortografía? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Comete el estudiante errores ortográficos frecuentes que implican cambiar el orden de las letras dentro de la palabra? | | | | | |
| **HABILIDADES DE ESCRITURA** | | | | | | | | |
| **SÍ** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Es la escritura del estudiante, a menudo, ilegible o desordenada? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene problemas el estudiante con orientación espacial (p. ej., antes/después, izquierda/derecha, arriba/abajo)? | | | | | |
| **OTRO** | | | | | | | | |
| **SÍ** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene problemas el estudiante con la organización o memoria? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene problemas el estudiante con orientación espacial (p. ej., antes y después)? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene dificultad el estudiante para "encontrar la palabra correcta" o parece dudar al intentar responder preguntas directas? | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO C** | | | | **Lista de Verificación de Dislexia para Profesores de Secundaria y Bachillerato** | | | | |
| *Instrucciones:* Los profesores completan este formulario para ayudar en el proceso de toma de decisiones sobre la selección e implementación de intervenciones.  Para más orientación consulte la Guía de Apoyo para la Dislexia. Visite <https://mdek12.org/OAE/OEER/Dyslexia>. | | | | | | | | |
| **ESTUDIANTE** | |  | | | **PROFESOR** |  | **FECHA** |  |
| **POTENCIAL ACADÉMICO** | | | | | | | | |
| **SÍ** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Parece el estudiante tener la capacidad académica para desarrollar habilidades de lectura, escritura y ortografía? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Están las habilidades de lectura, escritura u ortografía del estudiante por debajo de lo esperado según su potencial académico? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene el estudiante un historial de éxito inconsistente al completar evaluaciones o tareas relacionadas con la lectura, escritura u ortografía? | | | | | |
| **LECTURA** | | | | | | | | |
| **SÍ** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene el estudiante dificultad para decodificar palabras con múltiples prefijos y sufijos? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene el estudiante dificultad para recordar una secuencia de sonidos desconocidos? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene el estudiante dificultad para recordar eficazmente palabras básicas reconocibles a simple vista? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene el estudiante dificultad para deletrear las palabras? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Comprende el estudiante el texto cuando otros lo leen en voz alta? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Le falta fluidez al estudiante al leer en voz alta? | | | | | |
| **ALFABETO Y ORTOGRAFÍA** | | | | | | | | |
| **SÍ** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene el estudiante dificultad con la ortografía? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Escribe, a menudo, el estudiante la misma palabra de forma diferente en una tarea? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene el estudiante dificultad para usar las vocales cortas correctas al escribir palabras? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Comete el estudiante errores ortográficos frecuentes que implican cambiar el orden de las letras dentro de la palabra? | | | | | |
| **HABILIDADES DE ESCRITURA** | | | | | | | | |
| **SÍ** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Evita el estudiante escribir? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Es la letra del estudiante a menudo ilegible? (formación de letras, espaciado) | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene el estudiante problemas para resumir y esquematizar? (proceso, organización) | | | | | |
| **OTRO** | | | | | | | | |
| **SÍ** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene problemas el estudiante con la organización o memoria? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene problemas el estudiante con orientación espacial (p. ej., antes y después)? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene dificultad el estudiante para "encontrar la palabra correcta" o parece dudar al intentar responder preguntas directas? | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO C** | | | | **Cuestionario de información sobre lectura para padres** | | | | |
| *Instrucciones:* Los padres completan este formulario para ayudar al profesor a determinar los apoyos y la instrucción en el aula, la selección de intervenciones, su implementación y los recursos necesarios para garantizar resultados exitosos para su hijo. Para más orientación consulte la Guía de Apoyo para la Dislexia. Visite <https://mdek12.org/OAE/OEER/Dyslexia>. | | | | | | | | |
| **ESTUDIANTE** | |  | | | **PROFESOR** |  | **FECHA** |  |
|  | | | | | | | | |
| **SÍ** | **NO** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Ha tenido alguien en su familia problemas de aprendizaje? En caso afirmativo, explique. | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Le preocupa el rendimiento escolar de su hijo? En caso afirmativo, explique. | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Recibe su hijo alguna instrucción especial en la escuela? En caso afirmativo, explique. | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene su hijo dificultad para seguir instrucciones? En caso afirmativo, explique. | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Ha repetido su hijo de grado alguna vez? En caso afirmativo, ¿qué grado? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Ha tenido su hijo algún problema del habla o del lenguaje? En caso afirmativo, explique. | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Necesita su hijo demasiada ayuda con las tareas? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Dedica su hijo una cantidad extraordinaria de tiempo para completar las tareas? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Parece tener su hijo más dificultades con la lectura, la escritura y la ortografía que con otras materias? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Le gusta que le lean, pero no quiere leerle a usted? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene su hijo dificultad para escribir, copiar y con la ortografía? | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Ha tenido su hijo alguna vez una enfermedad grave o crónica? En caso afirmativo, explique. | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Tiene su hijo algún problema físico que pueda interferir con el aprendizaje?  En caso afirmativo, explique. | | | | | |
|  |  | | 1. ¿Está su hijo tomando actualmente algún medicamento? En caso afirmativo, explique. | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO D** | **Ejemplo de Notificación para Padres de Servicios de Intervención [Nivel II]** |
| Estimado Padre o Tutor:  Como parte de un Sistema de Apoyo de Varios Niveles (MTSS) [insert school/ district name] trabaja para brindar apoyo académico y conductual a todos los estudiantes a través de intervenciones (instrucción complementaria). Esto se proporcionará según sea necesario para los estudiantes que no alcancen los niveles esperados de rendimiento en lectura, matemáticas o comportamiento.  Con base en los resultados de la evaluación universal, el rendimiento en el aula o la recomendación del profesor,  **(student name)** se ha identificado como un estudiante que podría beneficiarse de apoyos de intervención. Esta carta es para notificarle sobre la colocación de su hijo en:  **Nivel II**, que se describe mejor como instrucción suplementaria o en grupos pequeños que su hijo recibirá además de la instrucción de nivel de grado de Nivel I impartida por su profesor de aula. Su hijo puede permanecer en este nivel hasta ocho (8) semanas antes de que se determine su progreso final y se le brinde apoyo adicional, si es necesario.  El apoyo adicional que se le brindará a su hijo incluye:  [add Intervention #1 here]  [add Intervention #2 here, if applicable]  [add Intervention #3 here, if applicable]  Si tiene cualquier pregunta o comentario, por favor comuníquese con nosotros a:  Número de teléfono:  Dirección de correo electrónico:  Nuestro objetivo al brindar intervenciones a su hijo es garantizar que  **(student name)**  tenga éxito en cumplir con las expectativas y requisitos del nivel de grado de Mississippi. El progreso será monitoreado y continuo durante toda la intervención. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el profesor o consejero del aula de su hijo.  Cordialmente,  [Insert school administrator/TST chair signature and title here] | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO D** | **Ejemplo de Notificación para Padres de Servicios de Intervención [Nivel III]** |
| Estimado Padre o Tutor:  Como parte de un Sistema de Apoyo de Varios Niveles (MTSS) [insert school/ district name] trabaja para brindar apoyo académico y conductual a todos los estudiantes a través de intervenciones (instrucción complementaria). Esto se proporcionará según sea necesario para los estudiantes que no alcancen los niveles esperados de rendimiento en lectura, matemáticas o comportamiento.  Con base en los resultados de la evaluación universal, el rendimiento en el aula o la recomendación del profesor,  **(student name)** se ha identificado como un estudiante que podría beneficiarse de apoyos de intervención. Esta carta es para notificarle sobre la colocación de su hijo en:  **Nivel III,** sedescribe mejor como intervenciones intensivas que ocurren a diario y con la guía del Teacher Support Team. Su hijo puede permanecer en este nivel por 8-16 semanas antes de que se determine su progreso final y se le brinde apoyo adicional, si es necesario.  El apoyo adicional que se le brindará a su hijo incluye:  [add Intervention #1 here]  [add Intervention #2 here, if applicable]  [add Intervention #3 here, if applicable] | |
| Si tiene alguna pregunta o inquietud o no puede asistir a la reunión, por favor comuníquese con nosotros llamando al:  Número de teléfono:  Dirección de correo electrónico:  Nuestro objetivo al brindar intervenciones a su hijo es garantizar que  **(student name)**  tenga éxito en cumplir con las expectativas y requisitos del nivel de grado de Mississippi. El progreso será monitoreado y continuo durante toda la intervención. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el profesor o consejero del aula de su hijo.  Cordialmente,  [Insert school administrator/TST chair signature and title here] | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO E** | **Plan de Lectura Individual** |

|  |  |
| --- | --- |
| **PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE LECTURA** | |
| ¿Qué programa basado en la evidencia se utilizará para impartir instrucción explícita y sistemática de lectura esencial durante el bloque de lectura obligatorio de 90 minutos?    ¿Qué programa basado en la evidencia se utilizará para impartir intervención explícita y sistemática de lectura, además del bloque de lectura obligatorio de 90 minutos? | Indique las áreas abordadas por el programa de lectura esencial:  Conciencia fonémica  Fonética  Fluidez  Vocabulario  Comprensión  *Materiales complementarios (si corresponde):* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **APOYO PATERNO** *(Plan de lectura para padres en casa)* | | | |
| Área(s) objetivo de déficit: | | Se recomiendan las siguientes estrategias para que los padres/familias las utilicen para ayudar al estudiante a alcanzar la capacidad de lectura: | |
| **Notificación escrita de padres recibida** | | **Plan de lectura en casa para padres recibido** | |
| **FIRMA DEL PADRE/MADRE:** | **FECHA:** | **FIRMA DEL PADRE/MADRE:** | **FECHA:** |

|  |
| --- |
| **SERVICIOS ADICIONALES** |
| Indique cualquier servicio adicional que el profesor considere disponible y apropiado para acelerar el desarrollo de la lectura del estudiante, si corresponde: |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO E (continuación)** | **Plan de Lectura Individual//Lista de Verificación de Adaptación del MTSS** |

|  |  | |  |  | | |  |  | | **FECHA** |  | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESTUDIANTE** |  | | | | **PROFESOR** |  | | | | | | **GRADO** |  |
| *Después de la identificación de una deficiencia de lectura sustancial, se debe documentar la instrucción e intervención intensiva en lectura para cada estudiante en un plan de lectura individual, que incluye, como mínimo, la siguiente documentación.*  **Marque la casilla una vez que haya completado la documentación de este apartado en el paquete de documentación del MTSS** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | (a) Las deficiencias específicas y diagnosticadas en la habilidad de lectura del estudiante, determinadas (o identificadas) por los datos de la evaluación de diagnóstico y otros datos correlacionados; | | | | | | | **Paquete de Documentación del MTSS**: Nivel III *Sección 3B; página 14* | | | | |
|  | | (b) Objetivos y parámetros de crecimiento; | | | | | | | **Paquete de Documentación del MTSS**: Nivel III *Sección 3B, 3D; página 14, 16* | | | | |
|  | | (c) Cómo será el progreso monitoreado y evaluado; | | | | | | | **Paquete de Documentación del MTSS:** Nivel III *Sección 3B, 3C, 3D; página 14-16* | | | | |
|  | | (d) El tipo de servicios e intervenciones instructivas adicionales que recibirá el estudiante; | | | | | | | **Paquete de Documentación del MTSS:** Nivel III *Sección 3B; página 14* | | | | |
|  | | (e) La programación de instrucción de lectura basada en investigaciones que el profesor utilizará para brindar instrucción de lectura, abordando las áreas de conciencia fonémica, fonética, fluidez, vocabulario y comprensión; | | | | | | | **Paquete de Documentación del MTSS**:  *Anexo E* | | | | |
|  | | (f) Las estrategias que se recomienda a la familia del estudiante utilizar para ayudarle a alcanzar la competencia de lectura; y, | | | | | | | **Paquete de Documentación del MTSS**:  *Anexo E* | | | | |
|  | | (g) Cualquier servicio adicional que el profesor considere disponible y apropiado para acelerar el desarrollo de la lectura del estudiante | | | | | | | **Paquete de Documentación del MTSS**:  *Anexo E* | | | | |

**Nota:** *El Plan de Lectura Individual se correlaciona con la documentación estudiantil del MTSS requerida para el* ***\*Nivel III (Intervención Intensiva)****. Estas páginas se pueden utilizar al reunirse con el Teacher Support Team**para cada estudiante que no respondió a las Intervenciones del Nivel II o que necesita intervenciones intensivas adicionales en el Nivel III.; Estudiantes de grado 4 que requieren Intervención Intensiva después de la promoción de la Exención por Causa Justificada; o intervenciones intensivas de lectura para Estudiantes del Idioma Inglés (EL).*

***Los profesores no están obligados a desarrollar un Plan de Lectura Individual (IRP) si el estudiante actualmente cuenta con un Programa de Educación Personalizada (IEP) con objetivos de Lectura****. Sin embargo, si el IEP de un estudiante no aborda actualmente las dificultades de lectura y posteriormente desarrolla un déficit en la lectura, el profesor de educación general y el de educación especial deben colaborar para determinar si es necesario añadir objetivos al IEP o si un IRP es lo más adecuado. Si un estudiante cuenta con un IEP que solo incluye objetivos de matemáticas y posteriormente comienza a tener dificultades con la lectura, se debe redactar un IRP para estudiantes de grados K-4. Las necesidades individuales del estudiante deben determinar los objetivos y los apoyos proporcionados. El profesor de educación general y el de educación especial deben colaborar para desarrollar e implementar el IEP y continuar monitoreando el progreso según lo indicado en el IEP.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO F** | | | | | **Formulario de Documentación de Exención por Causa Justificada (LBPA)** | | | | | | | | | | | | | |
| **Estudiante Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Notificación enviada a los padres/tutores indicando que el estudiante fue identificado  con una deficiencia de lectura y en cada informe de progreso trimestral. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FECHA:** | **FECHA:** | | | | | | **FECHA:** | | | | | **FECHA:** | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | IRP creado (Por favor adjunte si corresponde). | Plan de Lectura en Casa enviado a padres/tutores. | | **FECHA:** | **FECHA:** | |  |  |  | **Exención** | **Descripción** | **Documentación Requerida** | | --- | --- | --- | | **A**  **(Estudiantes del Idioma Inglés)**    **(Puede presentar la solicitud después de que el estudiante reciba una calificación de "No cumple" en la prueba inicial.)** | Estudiantes del Idioma Inglés con menos de 2 años de instrucción en un Programa de Idioma Inglés. | * Formulario de Documentación de Exención por Causa Justificada * Plan de Servicios Lingüísticos Actual * Historial/Captura de pantalla del MSIS que indica el estado del servicio | | Estudiantes del Idioma Inglés con más de 2 años de instrucción en un Programa de Idioma Inglés. | * Formulario de Documentación de Exención por Causa Justificada * Plan de Servicios Lingüísticos Actual * Historial/Captura de pantalla del MSIS que indica el estado del servicio * Informes de Dominio del Estudiante del ELPT para cada año inscrito que demuestren un desempeño por debajo del nivel 4 (competente) en las materias de Lectura y Escritura   **Y**   * Plan de Servicios Lingüísticos (LSP) por cada año inscrito, incluido un objetivo de dominio de Lectura que haya sido respaldado   **Y**   * Resultados de la Prueba de Lectura por cada año inscrito que muestran un nivel por debajo del nivel de grado.   **Y**   * Documentación del MTSS por cada año inscrito y debe incluir la documentación de Nivel III para los apoyos académicos de lectura.     Se requieren los cuatro (4) criterios para demostrar que se proporcionó el aprendizaje del lenguaje y apoyos de lectura. Incluya todos los datos disponibles de las escuelas anteriores. | | **B**  **(SCD o emergencia médica aprobada)** | Los estudiantes indicaron SCD. Esto debe aplicarse el año en que el estudiante cursa el Programa de evaluación académica de Mississippi (MAAP-A) de grado 3. (Edad/grado de estudiante = 8 al 1 de septiembre del año escolar actual) | * Formulario de Documentación de Exención por Causa Justificada * IEP actual, incluyendo la página de determinación de SCD   ***O***   * Captura de pantalla del MSIS del indicador de SCD marcado | | Estudiante recibiendo una emergencia médica importante. | * [Documentación de GCE](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf) Formulario * Aprobación de emergencia médica importante de Caveon | | **C**  **(Estudiantes del IEP/504)**  **(Puede presentar la solicitud después de que el estudiante reciba una calificación de "No cumple" en la prueba inicial)** | Estudiantes de IEP/504  que hayan repetido el grado una vez anteriormente | * Formulario de Documentación de Exención por Causa Justificada * Actual IEP/504 * Historial/Captura de pantalla del MSIS   **(indicando 1 año repetido)** | | **O** | | | Recibió dos años de **Intervención de Lectura** | * [Documentación de GCE](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf) Formulario * Actual IEP/504 * Historial/Captura de pantalla del MSIS * *Prueba de 2 años de* ***Intervención de Lectura*** *a través de:* * Seguimiento de años anteriores de objetivos de lectura del IEP   ***O***   * 2 años del **Nivel III** Documentación del MTSS   ***O***   * Una combinación de objetivos del IEP monitoreados y documentación de Nivel. | | Terapia para la Dislexia, realizada fuera del horario escolar según el[MS código 37-173-21](https://law.justia.com/codes/mississippi/2019/title-37/chapter-173/section-37-173-21/) | * [Documentación de GCE](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf) Formulario * Documentación del Punto de Referencia de cada programa. * Un registro de horas y servicios firmado por personal cualificado. | | **D**  **(Cualquier persona que repita el examen)**  **(Puede solicitar después de que el estudiante apruebe la 1ra. o 2da. prueba de repetición)** | Estudiantes que hayan aprobado una evaluación alternativa **(Repetición de prueba 1 o Repetición de prueba 2)** | * Formulario de Documentación de Exención por Causa Justificada * Informe individual del estudiante que demuestre que aprobó el examen | | **E**  **(Educación General)**  **(Puede presentar la solicitud después de que el estudiante reciba una calificación de "No cumple" en la prueba inicial)** | Estudiantes que hayan  **reprobado dos veces antes del año escolar actual**  **Y**  que hayan recibido dos años de Intervención Intensiva de Lectura **(los años no tienen que ser consecutivos).** | * [Documentación de GCE](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf) Formulario * Historial/Captura de pantalla del MSIS (**indicando 2 repeticiones)** * 2 años del **Nivel III** Documentación del MTSS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| El profesor solicitó y entregó la documentación de Exención por Causa Justa al director. | | | El director revisó y analizó las recomendaciones con el profesor y el padre/madre. | | | | | El director entregó la documentación al superintendente. | | | | | Decisión del Superintendente:  **ACEPTAR**  **RECHAZAR** | | | | | |
| **FECHA:** | | | **FECHA:** | | | | | **FECHA:** | | | | | **FECHA:** | | | | | |
| **DECISIÓN** | | **Retener  Promover en base a Excepción de Causa Justificada (GCE)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **COMENTARIOS:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Completado por: | | | |  | | | | | | Puesto : |  | | | Fecha: | | |  | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| Padre/Tutor (Letra de molde) | | | | | |  | | | Firma | | | | | |  | Fecha | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| Profesor (Letra de molde) | | | | | |  | | | Firma | | | | | |  | Fecha | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| Director (Letra de molde) | | | | | |  | | | Firma | | | | | |  | Fecha | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| Superintendente (Letra de molde) | | | | | |  | | | Firma | | | | | |  | Fecha | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APPENDIX L** | **Translated documents  *(for use when meeting with parents/guardians of English learners as needed)*** | | | | | | | |
| **PHẦN 2A.1** | **TÀI LIỆU CUỘC HỌP VỀ CAN THIỆP** | | | | | | | |
| *Hướng dẫn:* **GIÁO VIÊN**  vui lòng hoàn thành biểu mẫu sau nếu dữ liệu trong lớp học, dữ liệu đánh giá sàng lọc chung và các thông tin sẵn có khác cho thấy học sinh chưa có tiến bộ đầy đủ và cần được hỗ trợ thêm. Vui lòng đính kèm các mục đã hoàn thành: **Mục 1A, 1B hoặc 1C;** **1D.** | | | | | | | | |
| **GỬI:** **CHỦ TỊCH TEACHER SUPPORT TEAM (NHÓM HỖ TRỢ GIÁO VIÊN)** | | | | | | | | |
| Tôi xin đề nghị xem xét dữ liệu hiện có (student name) để hỗ trợ triển khai các biện pháp can thiệp nhằm cải thiện kết quả học tập chung của học sinh Tôi đã quan sát và nhận thấy những vấn đề ảnh hưởng đến tiến độ học tập của học sinh trong (các) khía cạnh sau:  Thành tích học tập kém hoặc có điểm số thấp/không đạt  Hành vi và/hoặc kỷ luật  Khác, vui lòng ghi rõ: | |  | | Các hỗ trợ Cấp độ I đã cung cấp cho học sinh: | | | | |
|  | |
| Giáo viên: | | Phụ huynh: | | | | Ngày họp: | Ngày triển khai can thiệp: | |
|  | |  | | | |  | (trong vòng 2 tuần) | |
|  | | | | | | | | |
| **TÓM TẮT THẢO LUẬN (điền tiếp mặt sau nếu cần):** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI THAM DỰ** | | | **CHỨC DANH** | | **CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI THAM DỰ** | | | **CHỨC DANH** |
|  | | | Quản trị viên | |  | | | Phụ huynh |
|  | | | Chuyên viên can thiệp | |  | | | Cố vấn |
|  | | | Giáo viên | |  | | | Khác |
| **CÁC BƯỚC TIẾP THEO ĐƯỢC KHUYẾN NGHỊ** | | | | | | | | |
| Liên hệ với phụ huynh  Triển khai can thiệp học thuật Cấp độ II trong (các) khía cạnh cần thiết:  Đọc  Toán  Ngữ văn  Khác  Triển khai can thiệp hành vi Cấp độ II  Tổ chức hội nghị cho học sinh  Quan sát hành vi học sinh (Dữ liệu ABC)  Biện pháp can thiệp chưa hiệu quả  Điều chỉnh các biện pháp can thiệp hành vi hiện tại và tiếp tục triển khai trong Cấp độ II  Khác: | | | | | Trở lại lớp học giáo dục phổ thông Cấp độ I  Tiếp tục can thiệp giảng dạy trong lớp học phổ thông (Cấp độ II)  Thực hiện đánh giá phát triển (đối với trẻ 5 tuổi trong trường)  Thực hiện kiểm tra thính lực/thị lực  Yêu cầu kiểm tra y tế bổ sung  Giới thiệu đến cố vấn học đường  Giới thiệu đến tổ chức cộng đồng  Hoàn thành Hồ sơ tường thuật của giáo viên  Giới thiệu đến Teacher Support Team | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **PHẦN 3E** | **Thư mời Teacher Support Team** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tên học sinh** |  |
| **Tên giáo viên** |  |
| **Trường** |  |
| **Ngày** |  |

Kính gửi phụ huynh/người giám hộ:

Teacher Support Team (Nhóm hỗ trợ giáo viên, TST) kính mời quý vị tham dự cuộc họp để thảo luận về tiến độ học tập của con em quý vị tại trường. Mục tiêu của TST là xem xét và cân nhắc tất cả các thông tin hiện có, đồng thời đề xuất các chiến lược giáo dục và biện pháp can thiệp bổ sung để hỗ trợ thêm cho học sinh. TST có thể bao gồm quản trị viên, giáo viên, chuyên viên can thiệp, cố vấn và các cá nhân khác có liên quan đến việc học tập của học sinh. Nhà trường luôn mong muốn và khuyến khích sự tham gia của quý vị để quý vị có thể hiểu rõ và đồng hành cùng nhà trường trong các nỗ lực hỗ trợ con em mình. Nếu quý vị không thể tham dự cuộc họp, nhà trường sẽ gửi một bản sao biên bản cuộc họp để quý vị xem xét.

Cuộc họp được lên lịch để thảo luận về tiến độ  Học tập  Hành vi của (Student Name) .

Ngày:

Thời gian:

Địa điểm:

Tôi có thể tham dự trực tiếp.

Tôi có thể tham dự trực tuyến.

Tôi không thể tham dự, vui lòng gửi cho tôi bản sao ghi chép nội dung cuộc họp.

Chữ ký của phụ huynh \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi hoặc thắc mắc nào, vui lòng liên hệ với nhà trường qua:

Số điện thoại:

E-mail:

Trân trọng,

[Insert school administrator/TST chair signature and title here]

|  |  |
| --- | --- |
| **PHẦN 3F** | **Bản cam kết bảo mật** |

**LƯU Ý:** *Biểu mẫu này phải được hoàn thành trước khi tham gia quy trình TST.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên học sinh** |  | **Năm học** |  |

Tôi đồng ý rằng tất cả các thông tin (bao gồm thông tin giáo viên và học sinh, dữ liệu thành tích học tập, dữ liệu nhân khẩu học cụ thể, v.v.) được thảo luận trong quy trình TST sẽ được bảo mật tuyệt đối. Tôi sẽ không liên hệ với đối tượng bên ngoài phạm vi chức năng chính thức của quy trình TST vì bất kỳ lý do gì, cũng như không ghi chú hoặc sao chép bất kỳ tài liệu nào được sử dụng trong quy trình này. Vui lòng tham khảo <https://www.mdek12.org/OTSS/MSIS/FERPA> để biết thêm thông tin.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *Chữ ký* |  | *Chức danh* |  | *Ngày* |
|  |  |  |  |  |
| *Chữ ký* |  | *Chức danh* |  | *Ngày* |
|  |  |  |  |  |
| *Chữ ký* |  | *Chức danh* |  | *Ngày* |
|  |  |  |  |  |
| *Chữ ký* |  | *Chức danh* |  | *Ngày* |
|  |  |  |  |  |
| *Chữ ký* |  | *Chức danh* |  | *Ngày* |
|  |  |  |  |  |
| *Chữ ký* |  | *Chức danh* |  | *Ngày* |
|  |  |  |  |  |
| *Chữ ký* |  | *Chức danh* |  | *Ngày* |
|  |  |  |  |  |
| *Chữ ký* |  | *Chức danh* |  | *Ngày* |
|  |  |  |  |  |
| *Chữ ký* |  | *Chức danh* |  | *Ngày* |
|  |  |  |  |  |
| *Chữ ký* |  | *Chức danh* |  | *Ngày* |

|  |  |
| --- | --- |
| **PHẦN 3G** | **Thông tin MTSS cuối năm học** |

*Hướng dẫn:* Hoàn thành biểu mẫu Thông tin MTSS cuối năm dành cho các học sinh nhận hỗ trợ can thiệp Cấp độ II hoặc Cấp độ III. Đảm bảo giữ lại một bản vào hồ sơ tích lũy của học sinh.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Học sinh** |  | | **Giáo viên** |  | | |
| **Trường** |  | | **Năm học** |  | **Khối lớp** |  |
| **Cố vấn** |  | | **Chuyên viên can thiệp** |  | | |
| **Lớp đã lưu ban trước đây** | |  | **Được lên lớp/Ở lại lớp** |  | | |
| **Đề xuất xếp cấp hỗ trợ cho**       **Năm học** | | **Đọc** | **Toán** | **Hành vi** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CÔNG CỤ SÀNG LỌC TOÀN DIỆN/ĐÁNH GIÁ CHUẨN** | | | **CÔNG CỤ SÀNG LỌC CHỨNG KHÓ ĐỌC** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **Điểm đầu năm kỳ thu** | **Điểm giữa năm kỳ đông** | **Điểm cuối năm kỳ xuân** | | **ĐỌC** |  |  |  | | **TOÁN** |  |  |  | | **HÀNH VI** |  |  |  | | | | |  |  | | --- | --- | |  | **Đạt/Không đạt** | | **MẪU GIÁO (KỲ XUÂN)** |  | | **LỚP 1 (KỲ THU)** |  | |
| **CÓ MẶT** | **ĐIỂM CUỐI NĂM** | | **HÀNH VI** |
| |  | | --- | | **TỔNG SỐ NGÀY VẮNG MẶT TRONG NĂM** | |  | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **NGỮ VĂN ANH** | **TOÁN** | **KHOA HỌC** | **KHOA HỌC XÃ HỘI** | |  |  |  |  | | | |  |  | | --- | --- | | **Hình thức kỷ luật ngoài trường** |  | | **Hình thức kỷ luật trong trường** |  | | **Số lần bị đưa lên văn phòng** |  | |
| **ĐÁNH GIÁ TOÀN DIỆN** | | **CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP** | |
| Học sinh đã từng được đánh giá toàn diện chưa?  Có  Không   |  |  | | --- | --- | | **Ngày** |  | | | Mô tả chương trình can thiệp/chiến lược đã áp dụng. | |
| **KIỂM TRA BÊN NGOÀI** | |
| Có tài liệu kiểm tra bên ngoài trước đây hoặc tài liệu y tế trong hồ sơ tích lũy không?  Có  Không   |  |  | | --- | --- | | **Ngày** |  | | **Chẩn đoán** | | | |
| **CẤP ĐỘ HỖ TRỢ TẠI THỜI ĐIỂM KẾT THÚC NĂM HỌC** | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **CẤP ĐỘ I** | | **CẤP ĐỘ II** | | **CẤP ĐỘ III** | | | Đọc |  | Đọc |  | Đọc |  | | Toán |  | Toán |  | Toán |  | | Hành vi |  | Hành vi |  | Hành vi |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **PHỤ LỤC A** | **Bảng đánh giá hành vi xã hội/cảm xúc** |
| *Hướng dẫn:* Giáo viên hoặc cố vấn của lớp hoàn thành danh sách kiểm tra này để thu thập thông tin nhằm xác định xem  học sinh có cần can thiệp hành vi Cấp độ II hoặc Cấp độ III hay không.  **LƯU Ý:** Bảng đánh giá sau đây không phải là công cụ sàng lọc hành vi. Để biết thêm thông tin tài liệu sàng lọc hành vi, tham khảo [https://mdek12.org/OAE/OEER/ InterventionServices](https://mdek12.org/OAE/OEER/%20InterventionServices). | |

|  |
| --- |
| **HỌC SINH ĐÃ TỪNG** |
| bỏ nhà đi  bị bắt quả tang trộm cắp trong trường  bỏ học mà không có sự cho phép  chửi bới nhân viên trong trường  đe dọa hoặc có ý nghĩ gây hại cho nhân viên nhà trường  bị đình chỉ học vì đánh nhau  cố gắng tự tử  vi phạm quy định về thuốc lá trong trường  vi phạm quy định về ma túy/rượu trong trường |
| **MỨC ĐỘ QUAN TÂM ĐỐI VỚI LỚP HỌC** |
| Cao  Trung bình  Thấp  Khác, vui lòng ghi rõ: |
| **MỨC ĐỘ THAM GIA TRONG LỚP** |
| hầu như luôn luôn  thường xuyên  thỉnh thoảng  hiếm khi |
| **MỨC ĐỘ CHUẨN BỊ KHI ĐẾN LỚP** |
| luôn mang đầy đủ dụng cụ học tập  thường mang dụng cụ học tập  hiếm khi mang dụng cụ học tập  không bao giờ mang dụng cụ học tập |
| **ĐỘNG LỰC** |
| hoàn thành đầy đủ bài tập về nhà  hoàn thành khoảng một nửa bài tập  thường xuyên bỏ cuộc dễ dàng  gặp khó khăn khi bắt đầu làm bài tập |
| **THEO HIỂU BIẾT TỐT NHẤT CỦA BẠN** |
| Học sinh này có liên quan đến hệ thống tòa án.  Học sinh này đang tham gia cố vấn.  Học sinh này đang sử dụng thuốc điều trị. |

|  |  |
| --- | --- |
| **TÊN HỌC SINH** | **NGÀY** |
|  | |
| **HỌC SINH GÂY RỐI TRONG LỚP HỌC** | |
| bồn chồn  quá hiếu động  không ngồi yên tại chỗ  nói leo  làm phiền bạn học khác khi đang học  luôn tìm cách thu hút sự chú ý  quá hung hăng với người khác (ví dụ, đánh nhau)  có thái độ thách thức giáo viên và người có thẩm quyền  cứng đầu hoặc ngoan cố  bốc đồng  không thể chờ đến lượt mình  hành động mà không nghĩ đến hậu quả | |
| **HỌC SINH ÍT HÒA NHẬP** | |
| nhút nhát, rụt rè  gặp khó khăn trong việc kết bạn, ngồi một mình trong nhà ăn  không tham gia vào các hoạt động nhóm trong lớp  quá tuân thủ các quy tắc  hay mơ màng, mất tập trung trong lớp  gặp khó khăn trong việc bày tỏ cảm xúc | |
| **HỌC SINH CÓ CHỨNG LO ÂU** | |
| có dấu hiệu trầm cảm  hiếm khi cười  có dấu hiệu căng thẳng  có dấu hiệu sợ hãi hoặc lo lắng  dễ khóc  không tin tưởng người khác | |
| **CÁC BIỂU HIỆN HÀNH VI XÃ HỘI/CẢM XÚC KHÁC** | |
| thiếu tự tin  bỏ cuộc trước khi thử làm điều gì đó  phản ứng tiêu cực khi thất vọng  nhạy cảm quá mức khi thất vọng  phụ thuộc vào người khác  bám chặt lấy người lớn  giả vờ bị bệnh  có thói quen chăm sóc cá nhân hoặc vệ sinh kém | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PHỤ LỤC B** | | | | **Language Service Plan (Kế hoạch dịch vụ ngôn ngữ) *(dành cho Học sinh có Trình độ tiếng Anh hạn chế)*** | | | | | | | | | | | |
| Biểu mẫu này phải được điền bởi người chịu trách nhiệm cung cấp chương trình giảng dạy cho học sinh tiếng Anh và giáo viên của lớp. Biểu mẫu này phải được cập nhật hàng năm. **Người hoàn thành biểu mẫu** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TÊN HỌC SINH** | | | | |  | | | | | **NGÀY SINH** |  | | | **Tuổi** |  |
| **NGÔN NGỮ SỬ DỤNG CHÍNH** | | |  | | | | | | **(CÁC) NGÔN NGỮ ĐƯỢC SỬ DỤNG TRONG GIA ĐÌNH** | |  | | | | |
| **(CÁC) NGÔN NGỮ**  **BỔ SUNG** | |  | | | | | **NGÀY ĐẦU NHẬP HỌC TẠI TRƯỜNG** **Ở MỸ** | |  | | **TÌNH TRẠNG NHẬP CƯ** (< 3 năm) | |  | | |
| **TÊN PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ** | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **SỐ ĐIỆN THOẠI** | (nhà riêng) | | | | | | | (nơi làm việc) | | | | (di động) | | | |
| **HÌNH THỨC LIÊN LẠC GIỮA NHÀ/TRƯỜNG** với phụ huynh/người giám hộ: | | | | | | | | bằng Tiếng Anh **HOẶC**  Ngôn ngữ bản địa:  Bằng lời nói trực tiếp **HOẶC**  Văn bản gián tiếp | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LỊCH SỬ HỌC TẬP TRƯỚC KHI NHẬP HỌC TẠI HỌC KHU HIỆN TẠI** | | | | | | | | | | | | | | |
| Tuổi bắt đầu đi học |  | | | Số năm học mẫu giáo | | |  | Số năm học lớp 1-5 | |  | | Số năm học lớp 6-12 | |  |
| Lớp học cuối cùng đã hoàn thành | |  | | | Giáo dục chính quy bị gián đoạn  Giáo dục hạn chế  Chưa được tiếp xúc giáo dục chính quy | | | | | | | | | |
| Học sinh có được giới thiệu vào chương trình Giáo dục đặc biệt không? | | | Có   Không | | | Trẻ có theo Chương trình giáo dục cá nhân (IEP) không? | | | Có  Không | | Trẻ có  Kế hoạch 504 không? | | Có   Không | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LỊCH SỬ THÀNH TÍCH HỌC TẬP** | | | | |
| **MÔN HỌC** | **CHƯA ĐẠT**  **TRÌNH ĐỘ ĐỌC TƯƠNG ỨNG VỚI KHỐI LỚP** | **ĐẠT HOẶC TRÊN TRÌNH ĐỘ ĐỌC TƯƠNG ỨNG VỚI KHỐI LỚP** | **PHƯƠNG PHÁP SỬ DỤNG**  **ĐỂ XÁC ĐỊNH TRÌNH ĐỘ** | **THÔNG TIN KHÔNG CÓ SẴN** |
| *Ví dụ:* *Toán* | *X* |  | *Điểm khóa học năm trước (D)* |  |
| Toán |  |  |  |  |
| Đọc |  |  |  |  |
| Viết |  |  |  |  |
| Khoa học xã hội |  |  |  |  |
| Khoa học |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **THÔNG TIN KIỂM TRA TRÌNH ĐỘ NGÔN NGỮ TIẾNG ANH** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **BÀI KIỂM TRA** | **Ngày** | **Điểm** | **Trình độ** | | **Ngày** | **Điểm** | **Trình độ** | **Ngày** | **Điểm** | **Trình độ** | **Ngày** | **Điểm** | **Trình độ** | **Ngày** | **Điểm** | **Trình độ** |
| ELPT  Nói |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ELPT  Nghe |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ELPT  Đọc |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ELPT  Viết |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ĐIỂM**  **Tổng hợp** |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PHỤ LỤC B (tiếp)** | | | | **Language Service Plan (Kế hoạch dịch vụ ngôn ngữ) *(dành cho Học sinh có Trình độ tiếng Anh hạn chế)*** | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DỊCH VỤ CHO NGƯỜI HỌC TIẾNG ANH** | | | | | |
| Ngày xác định tham gia chương trình EL: | | Ngày Tham gia chương trình EL: | | | |
| Học sinh sẽ nhận Dịch vụ EL trực tiếp trong **Phút       Ngày mỗi tuần** | | | | | |
| Học sinh sẽ được xếp vào lớp EL để nhận 1 tín chỉ *(Chỉ áp dụng cho khối lớp 7-12)* **Năm học:       Học kỳ:** | | | | | |
| Phụ huynh từ chối dịch vụ (Nhà trường vẫn có trách nhiệm hỗ trợ học sinh). | | | Nhận xét: |  | |
| Số năm cho đến khi học sinh được xác định là Long Term English Learner (Học viên tiếng Anh lâu dài, LTEL): | | | | | |
| Liệt kê các mục tiêu có thể đo lường cụ thể cho từng kỹ năng (Nghe, Nói, Đọc và Viết): | | | | | |
| **NGHE** | **NÓI** | **ĐỌC** | | | **VIẾT** |
|  |  |  | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ĐIỀU CHỈNH KIỂM TRA TIÊU CHUẨN HÓA** | | |
| Tham khảo phiên bản mới nhất của [**Mississippi Test Accommodations Manual (Sổ tay Điều chỉnh Kiểm tra Mississippi)**](https://www.mdek12.org/OSA) để biết danh sách điều chỉnh phù hợp với từng bài kiểm tra. Vui lòng ghi rõ từng điều chỉnh, mã điều chỉnh và bài kiểm tra tiêu chuẩn áp dụng. LƯU Ý: Những điều chỉnh được liệt kê bên dưới phải được áp dụng trong các bài kiểm tra lớp học thông thường và các bài kiểm tra toàn khu vực trước khi được áp dụng trong các bài kiểm tra toàn tiểu bang. | | |
| **ĐIỀU CHỈNH** | **MÃ #** | **BÀI KIỂM TRA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PHỤ LỤC B (tiếp)** | **Language Service Plan (Kế hoạch dịch vụ ngôn ngữ) *(dành cho Học sinh có Trình độ tiếng Anh hạn chế)*** |

Tất cả các điều chỉnh đều là điều chỉnh trong lớp học, tuy nhiên, không phải tất cả điều chỉnh trong lớp học là điều chỉnh trong bài kiểm tra cấp tiểu bang.

|  |  |
| --- | --- |
| **HỖ TRỢ GIẢNG DẠY VÀ ĐIỀU CHỈNH/SỬA ĐỔI TRONG LỚP HỌC** | |
| Để đáp ứng nhu cầu của học sinh này, các khuyến nghị sau được áp dụng trong giảng dạy tại lớp học thông thường: | |
| Giải thích lại hoặc lặp lại hướng dẫn bằng tiếng Anh  Gợi ý cá nhân  Đọc hướng dẫn bài kiểm tra (nhưng không đọc các câu hỏi kiểm tra) cho từng học sinh hoặc trong nhóm nhỏ – có thể lặp lại và/hoặc diễn giải nếu cần  Học sinh trả lời bằng cách đọc cho quản trị viên/giám thị viết lại bằng tiếng Anh  Đọc bài kiểm tra (đọc thành tiếng)  Sử dụng từ điển song ngữ từng từ/từ điển điện tử song ngữ từng từ của ngôn ngữ bản địa (không có định nghĩa)  Đặt câu hỏi theo cách giống với bài học/ôn tập  Giảm bớt hoặc điều chỉnh bài tập trên lớp và bài tập về nhà  Điều chỉnh hình thức đánh giá (ví dụ: kiểm tra miệng)  Chia nhỏ nhiệm vụ/hướng dẫn thành các bước nhỏ hơn  Tăng thời gian chờ học sinh phản hồi  Thêm thời gian để hoàn thành bài tập và bài kiểm tra  Tham gia Extended School Services (Dịch vụ học tập kéo dài, ESS)  Cung cấp trước câu hỏi cho các buổi thảo luận trên lớp  Dán nhãn các vật dụng trong phòng học  Xem trước nội dung học thuật trước khi dạy | Cung cấp các bài tập rút gọn  Nhìn trực tiếp vào học sinh khi nói và nói chậm rãi  In giấy thay vì viết chữ tay; gõ tất cả ghi chú, bài kiểm tra, tài liệu phát tay  Sử dụng tài liệu có nội dung hấp dẫn với từ vựng đơn giản  Dùng máy chiếu và cung cấp bản sao các bài giảng, ghi chú của giáo viên cho học sinh  Dạy học trực quan – sử dụng sơ đồ tư duy, hình ảnh, bản đồ, biểu đồ, v.v để nâng cao khả năng hiểu bài  Đánh dấu/mã màu các nhiệm vụ, hướng dẫn, thư gửi phụ huynh  Ghép cặp học sinh học tiếng Anh với một “bạn đồng trang lứa” nói tiếng Anh để hỗ trợ  Sắp xếp chỗ ngồi ưu tiên hoặc chỗ ngồi cạnh bạn hỗ trợ  Thường xuyên kiểm tra mức độ hiểu bài  Đặt câu hỏi tạo cơ hội cho học sinh trả lời đúng  Cho học sinh cơ hội đọc to một cách tự tin  Sử dụng giáo cụ trực quan  Sử dụng sách nói (audiobooks)  Ghi âm bài học để học sinh nghe lại  Bài tập ghép từ vựng hoặc điền từ vào chỗ trống  KHÁC: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NHỮNG ĐỐI TƯỢNG THAM GIA XÂY DỰNG KẾ HOẠCH DỊCH VỤ NGÔN NGỮ** | | |
| *Bằng cách ký vào biểu mẫu này, tôi xác nhận đã đọc và hiểu thông tin về Kế hoạch dịch vụ ngôn ngữ.* | | |
| **Chữ ký** *HIỆU TRƯỞNG* **TÊN ĐƯỢC IN** |  | **Chữ ký** *PHỤ HUYNH* **TÊN ĐƯỢC IN** |
| **Chữ ký** *ĐIỀU PHỐI VIÊN HỌC VIÊN TIẾNG ANH* **TÊN ĐƯỢC IN** |  | **Chữ ký** *PHỤ HUYNH* **TÊN ĐƯỢC IN** |
| **Chữ ký** *GIÁO VIÊN CỦA HỌC VIÊN TIẾNG ANH* **TÊN ĐƯỢC IN** |  | **Chữ ký** *HỌC SINH* **TÊN ĐƯỢC IN** |
| **Chữ ký** *GIÁO VIÊN* **TÊN ĐƯỢC IN** |  | **Chữ ký** *PHIÊN DỊCH VIÊN* **TÊN ĐƯỢC IN** |
| **Chữ ký** *GIÁO VIÊN* **TÊN ĐƯỢC IN** |  | **NGÀY** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PHỤ LỤC B (tiếp)** | | | | **Tài liệu theo dõi/rời dịch vụ   *(Dành cho học sinh đủ điều kiện rời khỏi dịch vụ EL)*** | | | | | | | |
| Biểu mẫu này phải được hoàn thành bởi cá nhân chịu trách nhiệm về việc theo dõi quá trình của học sinh và rút học sinh ra khỏi chương trình. | | | | | | | | | | | |
| **TÊN HỌC SINH** | |  | | | | | | **NGÀY SINH** | | |  |
| **TÊN PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ** | | |  | | | | | | | | |
| **SỐ ĐIỆN THOẠI** | (nhà riêng) | | | | | (nơi làm việc) | | | (di động) | | |
| **HÌNH THỨC LIÊN LẠC GIỮA NHÀ/TRƯỜNG** với phụ huynh/người giám hộ: | | | | | Bằng Tiếng Anh **HOẶC**  Ngôn ngữ bản địa:  Bằng lời nói trực tiếp **HOẶC**  Văn bản gián tiếp | | | | | | |
| **NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM HOÀN THÀNH BIỂU MẪU** | | | | | | | | | | | |
| **NĂM 1** | | | **NĂM 2** | | | | **NĂM 3** | | | **NĂM 4** | |
|  | | |  | | | |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **THÔNG TIN RỜI KHỎI DỊCH VỤ EL** | | | | | |
| **Ngày đủ điều kiện rời khỏi dịch vụ** | |  | | | |
| Học sinh phải đạt điểm 4 hoặc 5 trong các kỹ năng Đọc, Viết và Điểm Tổng thể trên bài đánh giá của ELPA21 để đủ điều kiện rời khỏi dịch vụ EL. Tiêu chí xác định việc rời khỏi tình trạng dịch vụ EL(điểm từ ELPT): Ngày kiểm tra: | | | | | |
| **NGHE** | **NÓI** | | **ĐỌC\*** | **VIẾT\*** | **TỔNG THỂ\*** |
|  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **THEO DÕI** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ngày bắt đầu theo dõi** |  | | | | **Ngày thông báo đến phụ huynh** | | |  | | | **Ngày dự kiến KẾT THÚC THEO DÕI** *(Tối thiểu 4 năm)* | | | | |  | |
| **KẾT QUẢ HỌC TẬP VÀ ĐÁNH GIÁ CẤP TIỂU BANG** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NĂM 1** | | | | | | | | |  | **NĂM 2** | | | | | | | | |
| Khối lớp: | | | Tên trường: | | | | | |  | Khối lớp: | | | Tên trường: | | | | | |
|  | | **Quý 1** | | **Quý 2** | | **Quý 3** | **Quý 4** | |  |  | | **Quý 1** | | **Quý 2** | **Quý 3** | | **Quý 4** | |
| ELA | |  | |  | |  |  | |  | ELA | |  | |  |  | |  | |
| Toán | |  | |  | |  |  | |  | Toán | |  | |  |  | |  | |
| Khoa học | |  | |  | |  |  | |  | Khoa học | |  | |  |  | |  | |
| Khoa học xã hội | |  | |  | |  |  | |  | Khoa học xã hội | |  | |  |  | |  | |
| Khác | |  | |  | |  |  | |  | Khác | |  | |  |  | |  | |
| Khác | |  | |  | |  |  | |  | Khác | |  | |  |  | |  | |
| Kết quả đánh giá cấp tiểu bang: | | | | | | | | |  | Kết quả đánh giá cấp tiểu bang: | | | | | | | | |
| Học sinh đang theo đúng tiến độ để tốt nghiệp đúng hạn không?  Có  Không | | | | | | | | |  | Học sinh đang theo đúng tiến độ để tốt nghiệp đúng hạn không?  Có  Không | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **PHỤ LỤC B (tiếp)** | **Tài liệu theo dõi/rời dịch vụ   *(Dành cho học sinh đủ điều kiện rời khỏi dịch vụ EL)*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **THEO DÕI, tiếp** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ngày bắt đầu theo dõi** |  | | | | **Ngày thông báo đến phụ huynh** | | |  | | | **Ngày dự kiến KẾT THÚC THEO DÕI** *(Tối thiểu 4 năm)* | | | | |  | |
| **KẾT QUẢ HỌC TẬP VÀ ĐÁNH GIÁ CẤP TIỂU BANG** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NĂM 3** | | | | | | | | |  | **NĂM 4** | | | | | | | |
| Khối lớp: | | | Tên trường: | | | | | |  | Khối lớp: | | | Tên trường: | | | | |
|  | | **Quý 1** | | **Quý 2** | | **Quý 3** | **Quý 4** | |  |  | | **Quý 1** | | **Quý 2** | **Quý 3** | | **Quý 4** |
| ELA | |  | |  | |  |  | |  | ELA | |  | |  |  | |  |
| Toán | |  | |  | |  |  | |  | Toán | |  | |  |  | |  |
| Khoa học | |  | |  | |  |  | |  | Khoa học | |  | |  |  | |  |
| Khoa học xã hội | |  | |  | |  |  | |  | Khoa học xã hội | |  | |  |  | |  |
| Khác | |  | |  | |  |  | |  | Khác | |  | |  |  | |  |
| Khác | |  | |  | |  |  | |  | Khác | |  | |  |  | |  |
| Kết quả đánh giá cấp tiểu bang: | | | | | | | | |  | Kết quả đánh giá cấp tiểu bang: | | | | | | | |
| Học sinh đang theo đúng tiến độ để tốt nghiệp đúng hạn không?  Có  Không | | | | | | | | |  | Học sinh đang theo đúng tiến độ để tốt nghiệp đúng hạn không?  Có  Không | | | | | | | |

Nếu thông tin trên biểu mẫu cho thấy các học sinh trước đây là học sinh EL đang gặp khó khăn, vui lòng nêu rõ các bước sẽ được thực hiện để hỗ trợ học sinh và kết quả dự kiến:

Học sinh đã được giới thiệu đến dịch vụ can thiệp (phải hoàn thành tài liệu phù hợp)

Học sinh đã được giới thiệu đến dịch vụ cố vấn

Học sinh đã được giới thiệu đến dịch vụ kiểm tra lại EL. Để được quay lại chương trình EL, học sinh phải làm lại bài kiểm tra đánh giá ELPA21 và đáp ứng các điều kiện cần thiết. **(Chỉ thực hiện nếu ngôn ngữ được xác định là nguyên nhân chính gây ra khó khăn trong học tập.)**

|  |
| --- |
| **(CÁC) NHẬN XÉT (Các bước hỗ trợ học sinh):** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PHỤ LỤC C** | | | | **Danh sách kiểm tra chứng khó đọc ở trường tiểu học dành cho giáo viên** | | | | |
| *Hướng dẫn:* Giáo viên hoàn thành biểu mẫu này để hỗ trợ quá trình ra quyết định về lựa chọn và thực hiện can thiệp. Tham khảo Hướng dẫn Hỗ trợ Chứng khó đọc để biết thêm thông tin. Truy cập <https://mdek12.org/OAE/OEER/Dyslexia>. | | | | | | | | |
| **HỌC SINH** | |  | | | **GIÁO VIÊN** |  | **NGÀY** |  |
| **TIỀM NĂNG HỌC TẬP** | | | | | | | | |
| **CÓ** | **KHÔNG** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có biểu hiện đủ năng lực học tập cần thiết để phát triển các kỹ năng đọc, viết và đánh vần không? | | | | | |
|  |  | | 1. Kỹ năng đọc, đánh vần hoặc viết của học sinh có thấp hơn so với tiềm năng học tập không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có từng có thành tích không đồng đều khi thực hiện các bài kiểm tra và/hoặc bài tập liên quan đến đọc, viết hoặc đánh vần không? | | | | | |
| **ĐỌC** | | | | | | | | |
| **CÓ** | **KHÔNG** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp khó khăn trong việc phát triển kỹ năng xử lý ngữ âm như ghép vần, tách âm, gieo vần và thao tác âm thanh không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp khó khăn khi nhớ trình tự các âm thanh lạ không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp khó khăn khi ghi nhớ các từ vựng cơ bản không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp khó khăn khi phát âm từ không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có hiểu nội dung khi nghe người khác đọc không? | | | | | |
|  |  | | 1. Kỹ năng đọc thành tiếng của học sinh có thiếu lưu loát không? | | | | | |
| **BẢNG CHỮ CÁI VÀ CHÍNH TẢ** | | | | | | | | |
| **CÓ** | **KHÔNG** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp khó khăn khi viết các chữ cái theo thứ tự mà không cần mẫu không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp khó khăn khi gọi tên các nguyên âm không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp khó khăn trong việc sử dụng đúng nguyên âm ngắn khi viết chính tả các từ không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp khó khăn trong việc viết chính tả không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có thường xuyên mắc lỗi chính tả do thay đổi thứ tự chữ cái trong từ không? | | | | | |
| **KỸ NĂNG VIẾT TAY** | | | | | | | | |
| **CÓ** | **KHÔNG** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Chữ viết của học sinh có thường xuyên khó đọc hoặc nguệch ngoạc không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp vấn đề với định hướng không gian (ví dụ, trước/sau, trái/phải, trên/dưới) không? | | | | | |
| **KHÁC** | | | | | | | | |
| **CÓ** | **KHÔNG** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp khó khăn với tổ chức hoặc trí nhớ không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp vấn đề với định hướng không gian (ví dụ, Trước/sau) không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp khó khăn trong việc “tìm từ phù hợp” hoặc có biểu hiện ngập ngừng khi cố gắng trả lời các câu hỏi trực tiếp không? | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PHỤ LỤC C** | | | | **Danh sách kiểm tra Chứng khó đọc ở trung học cơ sở và trung học phổ thông dành cho giáo viên** | | | | |
| *Hướng dẫn:* Giáo viên hoàn thành biểu mẫu này để hỗ trợ quá trình ra quyết định về lựa chọn và thực hiện can thiệp.  Tham khảo Hướng dẫn Hỗ trợ Chứng khó đọc để biết thêm thông tin. Truy cập <https://mdek12.org/OAE/OEER/Dyslexia>. | | | | | | | | |
| **HỌC SINH** | |  | | | **GIÁO VIÊN** |  | **NGÀY** |  |
| **TIỀM NĂNG HỌC TẬP** | | | | | | | | |
| **CÓ** | **KHÔNG** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có biểu hiện đủ năng lực học tập cần thiết để phát triển các kỹ năng đọc, viết và đánh vần không? | | | | | |
|  |  | | 1. Kỹ năng đọc, đánh vần hoặc viết của học sinh có thấp hơn so với tiềm năng học tập không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có từng có thành tích không đồng đều khi thực hiện các bài kiểm tra và/hoặc bài tập liên quan đến đọc, viết hoặc đánh vần không? | | | | | |
| **ĐỌC** | | | | | | | | |
| **CÓ** | **KHÔNG** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp khó khăn khi đọc và hiểu các từ có nhiều tiền tố và hậu tố không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp khó khăn khi nhớ trình tự các âm thanh lạ không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp khó khăn khi ghi nhớ các từ vựng cơ bản không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp khó khăn khi phát âm từ không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có hiểu nội dung khi nghe người khác đọc không? | | | | | |
|  |  | | 1. Kỹ năng đọc thành tiếng của học sinh có thiếu lưu loát không? | | | | | |
| **BẢNG CHỮ CÁI VÀ CHÍNH TẢ** | | | | | | | | |
| **CÓ** | **KHÔNG** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp khó khăn trong việc viết chính tả không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có thường xuyên viết sai chính tả cùng một từ trong một bài tập không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp khó khăn trong việc sử dụng đúng nguyên âm ngắn khi viết chính tả các từ không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có thường xuyên mắc lỗi chính tả do thay đổi thứ tự chữ cái trong từ không? | | | | | |
| **KỸ NĂNG VIẾT TAY** | | | | | | | | |
| **CÓ** | **KHÔNG** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có né tránh việc viết tay không? | | | | | |
|  |  | | 1. Chữ viết của học sinh có thường xuyên khó đọc hoặc nguệch ngoạc không? (về hình dạng chữ, khoảng cách giữa các chữ)? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp khó khăn với việc tóm tắt và lập dàn ý không? (quy trình, tổ chức) | | | | | |
| **KHÁC** | | | | | | | | |
| **CÓ** | **KHÔNG** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp khó khăn với tổ chức hoặc trí nhớ không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp vấn đề với định hướng không gian (ví dụ, Trước/sau) không? | | | | | |
|  |  | | 1. Học sinh có gặp khó khăn trong việc “tìm từ phù hợp” hoặc có biểu hiện ngập ngừng khi cố gắng trả lời các câu hỏi trực tiếp không? | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PHỤ LỤC C** | | | | **Phiếu câu hỏi thông tin đọc dành cho phụ huynh** | | | | |
| *Hướng dẫn:* Phụ huynh vui lòng hoàn thành biểu mẫu này để hỗ trợ giáo viên trong việc xác định các phương pháp hỗ trợ trong lớp học, phương pháp giảng dạy, lựa chọn và thực hiện can thiệp, cũng như các nguồn lực cần thiết để đảm bảo kết quả học tập tốt cho con em quý vị. Tham khảo Hướng dẫn Hỗ trợ Chứng khó đọc để biết thêm thông tin. Truy cập <https://mdek12.org/OAE/OEER/Dyslexia>. | | | | | | | | |
| **HỌC SINH** | |  | | | **GIÁO VIÊN** |  | **NGÀY** |  |
|  | | | | | | | | |
| **CÓ** | **KHÔNG** | |  | | | | | |
|  |  | | 1. Có ai trong gia đình quý vị từng gặp vấn đề về học tập không? Nếu có, vui lòng ghi rõ. | | | | | |
|  |  | | 1. Quý vị có lo lắng về kết quả học tập của con không? Nếu có, vui lòng ghi rõ. | | | | | |
|  |  | | 1. Con quý vị có nhận được bất kỳ chương trình giảng dạy đặc biệt nào tại trường không? Nếu có, vui lòng ghi rõ. | | | | | |
|  |  | | 1. Con quý vị có gặp khó khăn trong việc làm theo chỉ dẫn không? Nếu có, vui lòng ghi rõ. | | | | | |
|  |  | | 1. Con quý vị đã từng phải học lại lớp nào chưa?Nếu có, vui lòng ghi rõ lớp mà con phải học lại. | | | | | |
|  |  | | 1. Con quý vị có từng gặp vấn đề về phát ngôn hoặc ngôn ngữ không? Nếu có, vui lòng ghi rõ. | | | | | |
|  |  | | 1. Con quý vị có cần sự trợ giúp quá mức khi làm bài tập về nhà không? | | | | | |
|  |  | | 1. Con quý vị có dành thời gian quá lâu để hoàn thành bài tập về nhà không? | | | | | |
|  |  | | 1. Con quý vị có gặp khó khăn với kỹ năng đọc, viết và đánh vần hơn các môn học khác không? | | | | | |
|  |  | | 1. Con có thích được quý vị đọc truyện cho nghe, nhưng lại không muốn đọc lại cho quý vị nghe không? | | | | | |
|  |  | | 1. Con quý vị có gặp khó khăn với việc viết, sao chép và đánh vần không? | | | | | |
|  |  | | 1. Con quý vị có từng mắc bệnh nghiêm trọng hoặc kéo dài không? Nếu có, vui lòng ghi rõ. | | | | | |
|  |  | | 1. Con quý vị có bất kỳ vấn đề thể chất nào có thể ảnh hưởng đến việc học không?  Nếu có, vui lòng ghi rõ. | | | | | |
|  |  | | 1. Con quý vị có đang sử dụng bất kỳ loại thuốc nào không? Nếu có, vui lòng ghi rõ. | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **PHỤ LỤC D** | **Mẫu thông báo cho phụ huynh về dịch vụ can thiệp [CẤP ĐỘ II]** |
| Kính gửi phụ huynh/người giám hộ:  Là một phần của MTSS, [insert school/ district name] luôn nỗ lực cung cấp các biện pháp hỗ trợ học tập và hành vi cho tất cả học sinh thông qua các chương trình can thiệp (giảng dạy bổ sung). Biện pháp hỗ trợ này sẽ được cung cấp khi cần thiết dành cho học sinh chưa đạt mức độ thành tích mong đợi ởmôn đọc, toán và/hoặc hành vi.  Dựa trên kết quả kiểm tra sàng lọc phổ quát, thành tích trên lớp và/hoặc khuyến nghị từ giáo viên,  **(student name)** chúng tôi xác định rằng học sinh có thể hưởng lợi từ các biện pháp can thiệp bổ trợ. Do đó, chúng tôi xin thông báo rằng con của quý vị sẽ tham gia chương trình:  **Dịch vụ can thiệp Cấp độ II**, đây là chương trình giảng dạy bổ sung hoặc hướng dẫn theo nhóm nhỏ mà con quý vị sẽ nhận được ngoài chương trình giảng dạy trình độ đọc tương ứng với khối lớp Cấp độ I do giáo viên của lớp giảng dạy. Học sinh có thể tham gia cấp độ này trong tối đa tám (8) tuần, sau đó sẽ được đánh giá tiến độ để xác định liệu có cần hỗ trợ thêm hay không.  Các hỗ trợ bổ sung mà con quý vị sẽ nhận được bao gồm:  [add Intervention #1 here]  [add Intervention #2 here, if applicable]  [add Intervention #3 here, if applicable]  Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi hoặc thắc mắc nào, vui lòng liên hệ với chúng tôi qua:  Số điện thoại:  E-mail:  Mục tiêu của chúng tôi khi cung cấp các chương trình can thiệp tới con em quý vị là đảm bảo  **(student name)**  học sinh có thể đạt được các kỳ vòng và yêu cầu về trình độ đọc tương ứng với khối lớp của bang Mississippi. Chúng tôi sẽ theo dõi tiến độ liên tục trong suốt quá trình can thiệp để đảm bảo hiệu quả. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, xin vui lòng liên hệ với giáo viên lớp học hoặc cố vấn của con quý vị.  Trân trọng,  [Insert school administrator/TST chair signature and title here] | |

|  |  |
| --- | --- |
| **PHỤ LỤC D** | **Mẫu thông báo cho phụ huynh về dịch vụ can thiệp [CẤP ĐỘ III]** |
| Kính gửi phụ huynh/người giám hộ:  Là một phần của MTSS, [insert school/ district name] luôn nỗ lực cung cấp các biện pháp hỗ trợ học tập và hành vi cho tất cả học sinh thông qua các chương trình can thiệp (giảng dạy bổ sung). Biện pháp hỗ trợ này sẽ được cung cấp khi cần thiết dành cho học sinh chưa đạt mức độ thành tích mong đợi ởmôn đọc, toán và/hoặc hành vi.  Dựa trên kết quả kiểm tra sàng lọc phổ quát, thành tích trên lớp và/hoặc khuyến nghị từ giáo viên,  **(student name)** chúng tôi xác định rằng học sinh có thể hưởng lợi từ các biện pháp can thiệp bổ trợ. Do đó, chúng tôi xin thông báo rằng con của quý vị sẽ tham gia chương trình:  **Dịch vụ can thiệp Cấp độ III,** đây làchương trình can thiệp chuyên sâu, được thực hiện hằng ngày dưới sự hướng dẫn của Teacher Support Team. Học sinh có thể tham gia Cấp độ này trong vòng 8-16 tuần, sau đó sẽ được đánh giá tiến độ để xác định liệu có cần hỗ trợ thêm hay không.  Các hỗ trợ bổ sung mà con quý vị sẽ nhận được bao gồm:  [add Intervention #1 here]  [add Intervention #2 here, if applicable]  [add Intervention #3 here, if applicable] | |
| Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi hoặc thắc mắc nào, hoặc không thể tham dự cuộc họp, vui lòng liên hệ với chúng tôi qua:  Số điện thoại:  E-mail:  Mục tiêu của chúng tôi khi cung cấp các chương trình can thiệp tới con em quý vị là đảm bảo  **(student name)**  học sinh có thể đạt được các kỳ vòng và yêu cầu về trình độ đọc tương ứng với khối lớp của bang Mississippi. Chúng tôi sẽ theo dõi tiến độ liên tục trong suốt quá trình can thiệp để đảm bảo hiệu quả. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, xin vui lòng liên hệ với giáo viên lớp học hoặc cố vấn của con quý vị.  Trân trọng,  [Insert school administrator/TST chair signature and title here] | |

|  |  |
| --- | --- |
| **PHỤ LỤC E** | **Kế hoạch đọc cá nhân** |

|  |  |
| --- | --- |
| **CHƯƠNG TRÌNH GIẢNG DẠY KỸ NĂNG ĐỌC** | |
| Chương trình dựa trên bằng chứng nào sẽ được sử dụng để cung cấp hướng dẫn kỹ năng đọc cốt lõi một cách rõ ràng, có hệ thống trong khung thời gian đọc bắt buộc 90 phút?    Chương trình dựa trên bằng chứng nào sẽ được sử dụng để cung cấp can thiệp kỹ năng đọc một cách rõ ràng, có hệ thống trong khung thời gian đọc bắt buộc 90 phút? | Vui lòng chỉ ra những kỹ năng được chương trình đọc cốt lõi được đề cập đến:  Nhận thức âm vị  Ngữ âm  Đọc lưu loát  Từ vựng  Đọc hiểu  *Tài liệu bổ sung khác (nếu có)* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HỖ TRỢ TỪ PHỤ HUYNH** *(Kế hoạch đọc tại nhà của phụ huynh)* | | | |
| Khía cạnh cần cải thiện: | | Các chiến lược được khuyến nghị cho phụ huynh/gia đình nhằm giúp học sinh đạt được năng lực đọc: | |
| **Xác nhận đã nhận Thông báo bằng văn bản cho phụ huynh** | | **Xác nhận đã nhận Kế hoạch đọc tại nhà của phụ huynh** | |
| **CHỮ KÝ PHỤ HUYNH:** | **NGÀY:** | **CHỮ KÝ PHỤ HUYNH:** | **NGÀY:** |

|  |
| --- |
| **DỊCH VỤ BỔ SUNG** |
| Vui lòng chỉ ra bất kỳ dịch vụ bổ sung nào mà giáo viên cho là có sẵn và phù hợp để đẩy nhanh quá trình phát triển kỹ năng đọc của học sinh: |

|  |  |
| --- | --- |
| **PHỤ LỤC E (tiếp)** | **Kế hoạch đọc cá nhân/Danh sách kiểm tra độ phù hợp với MTSS** |

|  |  | |  |  | | |  |  | | **NGÀY** |  | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HỌC SINH** |  | | | | **GIÁO VIÊN** |  | | | | | | **KHỐI LỚP** |  |
| *Sau khi xác định học sinh có thiếu sót đáng kể trong kỹ năng đọc, việc giảng dạy và can thiệp kỹ năng đọc chuyên sâu phải được ghi nhận trong kế hoạch đọc cá nhân, bao gồm ít nhất các tài liệu sau.*  **Vui lòng đánh dấu vào ô khi bạn đã hoàn thành tài liệu này trong gói tài liệu MTSS.** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | (a) Những thiếu hụt cụ thể về kỹ năng đọc được chẩn đoán (hoặc xác định) dựa trên dữ liệu đánh giá chẩn đoán và các dữ liệu liên quan khác; | | | | | | | **Gói tài liệu MTSS**: Cấp độ III *Mục 3B; trang 14* | | | | |
|  | | (b) Mục tiêu và các cột mốc phát triển; | | | | | | | **Gói tài liệu MTSS**: Cấp độ III *Mục 3B, 3D; trang 14, 16* | | | | |
|  | | (c) Cách thức giám sát và đánh giá tiến độ; | | | | | | | **Gói tài liệu MTSS:** Cấp độ III *Mục 3B, 3C, 3D; trang 14-16* | | | | |
|  | | (d) Các dịch vụ giảng dạy bổ sung và biện pháp can thiệp mà học sinh sẽ nhận được; | | | | | | | **Gói tài liệu MTSS:** Cấp độ III *Mục 3B; trang 14* | | | | |
|  | | (e) Chương trình giảng dạy đọc dựa trên nghiên cứu mà giáo viên sẽ sử dụng để hướng dẫn kỹ năng đọc, bao gồm nhận thức âm vị, ngữ âm, nói lưu loát, từ vựng và đọc hiểu. | | | | | | | **Gói tài liệu MTSS**:  *Phụ lục E* | | | | |
|  | | (f) Các chiến lược mà gia đình học sinh được khuyến khích sử dụng để hỗ trợ học sinh có khả năng đọc tốt. và, | | | | | | | **Gói tài liệu MTSS**:  *Phụ lục E* | | | | |
|  | | (g) Các dịch vụ bổ sung khác mà giáo viên cho là phù hợp để đẩy nhanh sự phát triển kỹ năng đọc của học sinh | | | | | | | **Gói tài liệu MTSS**:  *Phụ lục E* | | | | |

**Lưu ý:** *Kế hoạch đọc cá nhân phù hợp với MTSS dành chohọc sinh* ***\*Cấp độ III (can thiệp chyên sâu)****. Các trang tài kiệu này có thể được sử dụng khi họp với Teacher Support Team**cho mỗi học sinh không đáp ứng được can thiếp Cấp độ II hoặc cần can thiệp chuyên sâu Cấp độ III; Học sinh lớp 4 cần can thiệp chuyên sâu sau khi được xét lên lớp theo Good Cause Exemption (Miễn trừ lý do chính đáng); hoặc, English Language Learners (Học sinh học tiếng Anh, EL) cần can thiệp đọc chuyên sâu.*

***Giáo viên không bắt buộc phải phát triển IRP nếu học sinh đã có Chương trình giáo dục Cá nhân với các mục tiêu liên quan đến kỹ năng đọc.****. Tuy nhiên, nếu Chương trình giáo dục cá nhân của học sinh không đề cập đến vấn đề đọc và học sinh sau đó gặp khó khăn về kỹ năng đọc, giáo viên giáo dục phổ thông và giáo viên giáo dục đặc biệt cần phối hợp để quyết định liệu có cần bổ sung mục tiêu vào Chương trình giáo dục cá nhân hay IRP. Nếu học sinh có IEP nhưng chỉ có mục tiêu về Toán và sau đó gặp khó khăn về kỹ năng đọc, IRP phải được lập cho học sinh từ mẫu giáo đến lớp 4. Mục tiêu và hỗ trợ cung cấp phải dựa trên nhu cầu cá nhân của học sinh. Giáo viên giáo dục phổ thông và giáo viên giáo dục đặc biệt cần phối hợp để xây dựng, thực hiện Chương trình giáo dục cá nhân và tiếp tục theo dõi tiến trình theo Chương trình.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PHỤ LỤC F** | | | | | **Good Cause Exemption Documentation Form (Mẫu tài liệu miễn trừ lý do chính đáng, LBPA)** | | | | | | | | | | | | | |
| **Tên học sinh\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Thông báo gửi đến phụ huynh/người giám hộ về việc học sinh được xác định  có thiếu sót về kỹ năng đọc và kèm theo từng báo cáo tiến độ hàng quý. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NGÀY:** | **NGÀY:** | | | | | | **NGÀY:** | | | | | **NGÀY:** | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | IRP đã được tạo (Vui lòng đính kèm nếu có.) | Kế hoạch đọc tại nhà đã được gửi đến phụ huynh/người giám hộ. | | **NGÀY:** | **NGÀY:** | |  |  |  | **Loại miễn trừ** | **Mô tả** | **Tài liệu yêu cầu** | | --- | --- | --- | | **A**  **(Học sinh học tiếng Anh)**    **(Có thể nộp đơn sau khi học sinh nhận được kết quả “Không đạt yêu cầu” trong bài kiểm tra đầu tiên)** | Học sinh học tiếng Anh có dưới 2 năm học trong chương trình tiếng Anh. | * Biểu mẫu tài liệu GCE * Kế hoạch Dịch vụ ngôn ngữ hiện tại * Chụp màn hình MSIS/Cumulative Insert thể hiện trạng thái dịch vụ | | Học sinh học tiếng Anh có hơn 2 năm học trong chương trình tiếng Anh. | * Biểu mẫu tài liệu GCE * Kế hoạch Dịch vụ ngôn ngữ hiện tại * Chụp màn hình MSIS/Cumulative Insert thể hiện trạng thái dịch vụ * Báo cáo thành thạo của học sinh ELPT cho từng năm học thể hiện điểm dưới mức 4 (mức độ thành thạo) ở kỹ năng Đọc và Viết   **VÀ**   * Language Service Plan (Kế hoạch dịch vụ ngôn ngữ, LSP) cho mỗi năm học bao gồm mục tiêu liên quan đến kỹ năng Đọc đã được hỗ trợ   **VÀ**   * Kết quả kiểm tra Đọc từng năm học chưa đạt trình độ đọc tương ứng với khối lớp   **VÀ**   * Hồ sơ MTSS từng năm học, bao gồm tài liệu Cấp độ III cho hỗ trợ kỹ năng đọc học thuật.     Cả bốn (4) tiêu chí đều là yêu cầu bắt buộc để chỉ ra rằng việc tiếp thu ngôn ngữ và hỗ trợ kỹ năng đọc đã được cung cấp. Bao gồm tất cả các dữ liệu có sẵn từ các trường học mà học sinh đã từng theo học. | | **B**  **(SCD hoặc trường hợp cấp cứu y tế được chấp thuận)** | Học sinh được chỉ ra là mắc SCD. Áp dụng vào năm học mà học sinh thực hiện bài kiểm tra MAAP-A lớp 3. (Tuổi hoặc lớp của bạn bè cùng trang lứa là 8 vào ngày 1 tháng 9 của năm học hiện tại). | * Biểu mẫu tài liệu GCE * Chương trình giáo dục cá nhân hiện tại bao gồm trang xác định SCD   ***HOẶC***   * Ảnh chụp màn hình MSIS đánh dấu SCD | | Học sinh đang gặp trường hợp cấp cứu y tế nghiêm trọng. | * [Biểu mẫu tài liệu](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf)  GCE * Phê duyệt tình trạng khẩn cấp y tế từ Caveon | | **C**  **(Học sinh có IEP/504)**  **(Có thể nộp đơn sau khi học sinh nhận được kết quả “Không đạt yêu cầu” trong bài kiểm tra đầu tiên)** | Học sinh có IEP/504 đã từng  Bị lưu ban một lần trước đó | * Biểu mẫu tài liệu GCE * IEP/504 hiện tại * Ảnh chụp màn hình MSIS/Cumulative Insert   **(Thể hiện 1 năm lưu ban)** | | **HOẶC** | | | Nhận hai năm **Can thiệp cải thiện kỹ năng đọc** | * [Biểu mẫu tài liệu](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf)  GCE * IEP/504 hiện tại * Ảnh chụp màn hình MSIS/Cumulative Insert * *Bằng chứng về 2 năm*  ***Can thiệp cải thiện kỹ năng đọc*** *qua:* * Giám sát mục tiêu đọc của IEP trước đây   ***HOẶC***   * Tài liệu **MTSS** Cấp độ III trong 2 năm   ***HOẶC***   * Kết hợp giữa mục tiêu IEP và tài liệu MTSS được theo dõi | | Đã tham gia trị liệu chứng khó đọc ngoài giờ học theo [mã MS 37-173-21](https://law.justia.com/codes/mississippi/2019/title-37/chapter-173/section-37-173-21/) | * [Biểu mẫu tài liệu](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf)  GCE * Tài liệu về đánh giá chuẩn của từng giai đoạn * Nhật ký thời gian và dịch vụ có chữ ký của chuyên gia đủ điều kiện | | **D**  **(Học sinh thi lại)**  **(Có thể nộp đơn sau khi học sinh đạt kỳ kiểm tra lại lần 1 hoặc 2)** | Học sinh đã đạt kỳ kiểm tra thay thế **(Lần thi lại 1 hoặc 2)** | * Biểu mẫu tài liệu GCE * Báo cáo điểm cá nhân chứng minh học sinh đã vượt qua bài kiểm tra | | **E**  **(Giáo dục phổ thông)**  **(Có thể nộp đơn sau khi học sinh nhận được kết quả “Không đạt yêu cầu” trong bài kiểm tra đầu tiên)** | Học sinh đã **trượt hai lần trước năm học hiện tại**  **VÀ**  Học sinh đã nhận hai năm Can thiệp cải thiện đọc chuyên sâu **(các năm nhận can thiệp không nhất thiết phải liên tục).** | * [Biểu mẫu tài liệu](https://www.mdek12.org/sites/default/files/Offices/MDE/OAE/OEER/Literacy/Administrators/fillable_good-cause-exemption-determination-and-documentation-packet_0.pdf)  GCE * Ảnh chụp màn hình MSIS/Cumulative Insert (**thể hiện 2 lần lưu ban)** * Tài liệu **MTSS** Cấp độ III trong 2 năm | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Giáo viên đã gửi yêu cầu và nộp Good Cause Exemption Documentation Form cho hiệu trưởng. | | | Hiệu trưởng đã xem xét tài liệu và trao đổi các đề xuất với giáo viên và phụ huynh. | | | | | Hiệu trưởng đã chuyển các giấy tờ này lên giám đốc sở. | | | | | Quyết định của Giám đốc:  **CHẤP NHẬN**  **TỪ CHỐI** | | | | | |
| **NGÀY:** | | | **NGÀY:** | | | | | **NGÀY:** | | | | | **NGÀY:** | | | | | |
| **QUYẾT ĐỊNH** | | **Lưu ban  Lên lớp dựa trên Miễn trừ lý do chính đáng** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NHẬN XÉT:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Hoàn thành bởi: | | | |  | | | | | | Chức vụ: |  | | | Ngày: | | |  | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| Phụ huynh/Người giám hộ (In) | | | | | |  | | | Chữ ký | | | | | |  | Ngày | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| Giáo viên (In) | | | | | |  | | | Chữ ký | | | | | |  | Ngày | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| Hiệu trưởng (In) | | | | | |  | | | Chữ ký | | | | | |  | Ngày | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | | |
| Giám đốc (In) | | | | | |  | | | Chữ ký | | | | | |  | Ngày | | |